

Regione del Veneto  
**AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA**

**Delibera del Direttore Generale n. 104 del 31/01/2020**

OGGETTO: Adozione del Piano delle Performance 2020-2022

NOTE TRASPARENZA: Con questo provvedimento si adotta il documento di pianificazione triennale dell'Azienda Ospedale-Università Padova, ai sensi del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e della DGRV 140/2016

Il Direttore della **UOC Controllo di Gestione** riferisce:

In conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche, in particolare art. 4 "Ciclo di gestione della performance" e art. 10 "Piano della performance e Relazione sulla performance", nel rispetto della DGRV n. 140/2016, che riporta i riferimenti metodologici ed i contenuti essenziali del Piano della Performance, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha elaborato un piano programmatico triennale di obiettivi strategici aziendali denominato "Piano delle Performance 2020-2022".

Nel Piano delle Performance sono esplicitati gli obiettivi strategici di arco triennale sui quali si baserà la programmazione per l'anno 2020 e conseguentemente la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

A seguito dell'approvazione, con la Legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018, del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (PSSR 2019-2023) che individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria per il quinquennio di riferimento, la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare con la DGRV n. 614 del 14 maggio 2019 le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende sanitarie venete.

Per dare attuazione agli indirizzi previsti dalla programmazione regionale, come previsto dalla sopra citata DGRV n. 614/2019, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha predisposto il Piano Aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera e della struttura intermedia, approvato con la

## AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA

Deliberazione del Direttore Generale n. 1174 del 30 settembre 2019, e il piano attuativo congiunto Azienda ULSS 6 Euganea e Azienda Ospedale-Università Padova riguardante il passaggio dell'Ospedale Sant'Antonio, avvenuto dall'1 gennaio 2020, su cui la Regione Veneto ha espresso il parere di congruità con la DGRV n. 1918 del 17 dicembre 2019.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedale-Università Padova, il nuovo atto aziendale, in attuazione al Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova, è stato adottato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 16/05/2019 e la sua attivazione, per la parte non ospedaliera, è stata avviata dall'01/10/2019. Successivamente, tenuto conto delle nuove schede ospedaliere (DGRV n. 614/2019), è stata presentata una nuova proposta di atto aziendale (DDG n. 1470 del 02/12/2019) relativa all'area ospedaliera.

Oltre quindi a tutte le attività connesse all'adeguamento delle schede ospedaliere, all'acquisizione dell'Ospedale Sant'Antonio ed all'attuazione del nuovo atto aziendale, sul fronte degli altri obiettivi strategici, nell'attesa che vengano determinati gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi da parte della Regione per il 2020, l'Azienda Ospedale-Università Padova opererà in continuità con le strategie delineate nel Piano delle Performance 2019-2021.

Da ultimo, si ricorda che il Piano delle Performance 2020-2022 verrà sottoposto all'Organismo Indipendente di Valutazione per le verifiche di competenza e pubblicato sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

### IL DIRETTORE GENERALE

**PRESO ATTO** della suesposta proposta e accertato che il Direttore della **UOC Controllo di Gestione** ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla conformità con la vigente legislazione statale e regionale, nonché la copertura della spesa prevista nel budget assegnato per l'anno in corso;

**RITENUTO** di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;

**VISTO** il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e le leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994 e successive modifiche ed integrazioni;

Regione del Veneto  
**AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA**

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

**IN BASE** ai poteri conferitigli dal D.P.G.R.nr.92 del 01.08.2016.

**DELIBERA**

1. di adottare il "Piano delle Performance 2020-2022" allegato come parte integrante del presente provvedimento, dando atto che gli obiettivi nello stesso riportati potranno essere oggetto di modifica a seguito di nuove disposizioni regionali.
2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Direttore Generale  
F.to Dr.Luciano Flor



Azienda Ospedale-Università Padova

# PIANO PERFORMANCE ANNI 2020-2022

## Sommario

<b>1.</b>	<b>Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>L’Azienda Ospedale-Università Padova .....</b>	<b>4</b>
2.1.	L’Azienda in cifre .....	7
2.2.	Sintesi dell’andamento dei risultati economici .....	8
<b>3.</b>	<b>Il quadro di riferimento.....</b>	<b>9</b>
3.1.	Le fonti.....	9
3.1.1.	Piano Socio Sanitario Regionale .....	9
3.1.2.	Dotazione Schede Ospedaliere (DGR 614/2019).....	12
3.1.3.	Obiettivi Regionali e limiti di costo per i beni sanitari .....	13
3.1.4.	Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l’anno 2020.....	14
3.1.5.	Piano investimenti.....	15
3.1.6.	Altre fonti normative .....	16
3.1.7.	Le fonti interne .....	19
3.2.	Analisi del contesto esterno.....	19
3.2.1.	Relazione Socio Sanitaria Regionale.....	19
3.2.2.	Rapporto SDO 2017 .....	23
3.2.3.	Programma Nazionale Esiti Edizione 2018.....	25
3.2.4.	Bersaglio.....	29
<b>4.</b>	<b>Linee strategiche.....</b>	<b>33</b>
<b>5.</b>	<b>Sistema di misurazione e valutazione della performance.....</b>	<b>41</b>
5.1	Processo di budget .....	42
5.2	Processo di valutazione della performance individuale .....	44
5.2.1	Personale del Comparto .....	44
5.2.2	Personale della Dirigenza .....	45

## 1. Introduzione

Il **D.Lgs. n. 150/2009** e ss.mm. in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.

Il decreto in parola si applica direttamente agli Enti dello Stato, mentre, per quanto riguarda gli Enti Locali e le Regioni (comprese quindi le amministrazioni del Servizio Sanitario), queste adeguano i propri ordinamenti ai principi del decreto. La **Regione Veneto**, con la L.R. n. 9/2011, modificata dalla L.R. n. 22/2011, ha disposto che la valutazione del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale si attenga ai principi dei Titoli II e III del D.Lgs. n. 150/2009, secondo le omogenee indicazioni allo scopo definite dalla Giunta regionale con **DGR n. 140/2016**.

Secondo la suddetta normativa, il **Piano della performance** è un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione, sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

L'adozione del Piano della Performance, redatto in linea coi contenuti della DGRV n. 140/2016, dà avvio al ciclo di gestione della performance. Attraverso il Piano è infatti possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendone una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Nel Piano Performance risulta fondamentale il raccordo con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (deliberazione ANAC n. 831/2016), in cui le misure di prevenzione della corruzione dovranno tradursi in obiettivi organizzativi ed individuali.

Al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, il Piano viene pubblicato nel sito aziendale con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interesse e di valori.

## 2. L'Azienda Ospedale-Università Padova

L'Azienda Ospedale-Università Padova, quale complesso ospedaliero sito in via Giustiniani 1, è stata istituita in applicazione della Legge Regionale (L.R.) n. 56 del 14.09.1994; è stata riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999 ed è stata individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, approvato dalla L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018, quale Ospedale Hub di eccellenza di rilievo regionale.

Presso l'Azienda è presente una molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali, individuati dalla DGR n. 614 del 14 maggio 2019. Infatti, nelle schede ospedaliere sono riconosciute tutte le specialità chirurgiche e una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992 (es. grandi ustioni, cardiologia medico-chirurgia compresa quella pediatrica, etc.).

Le seguenti funzioni sono identificate quali "strutture di riferimento regionale":

- Andrologia e Medicina della Riproduzione;
- Cardiochirurgia;
- Medicina Legale e Tossicologia (per lo sviluppo del modello assicurativo regionale);
- Microbiologia e Virologia (per la Virologia).

Viene svolta attività di trapianto sia di organo solido (cuore, polmoni, fegato, rene e pancreas), sia per pazienti adulti che pediatrici, che di cellule staminali emopoietiche attualmente per pazienti pediatrici ma che, a breve, coinvolgerà anche gli adulti. Nel 2017, l'Azienda ha ottenuto l'autorizzazione ad effettuare trapianti da donatore a cuore fermo.

Presso l'Azienda Ospedaliera è presente:

- la sede operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti;
- la sede operativa del Coordinamento Regionale delle Malattie Rare cui afferiscono il Registro regionale delle nascite e il Registro regionale delle malattie rare;
- il Registro Regionale della Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare.
- il Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica
- il Programma Regionale di Genofenotipizzazione ed Epidemiologia Molecolare degli agenti da infezione per la diagnostica microbiologica e virale
- il Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- il Centro Regionale per il bambino maltrattato
- il Centro di riferimento Regionale per la cura della Sensibilità Chimica
- il Centro di Riferimento Regionale Unità di Aferesi Terapeutica.

Con la DGR n. 2707/2014 e s.m.i. sono stati riconosciuti n. 52 centri regionali specializzati (24 in area medica, 14 in area chirurgica, 7 in area materno-infantile, 7 nell'area dei Servizi di Diagnosi e cura) i quali si caratterizzano per essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure, attraverso

l'erogazione di qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale, la produzione di attività di ricerca riconosciuta a livello nazionale e internazionale e lo svolgimento di attività di formazione su scala regionale.

In ambito internazionale, inoltre, l'AOUP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico. A livello europeo, infatti, è stato riconosciuto il più alto numero di Centri di expertise in tale ambito (18 centri su 24). Nel 2019, nell'ambito di una nuova call promossa dall'Unione Europea, l'AOUP ha presentato 5 domande di adesione a 5 nuove ERN per le quali i competenti uffici europei stanno provvedendo alla valutazione.

Da ultimo, secondo il Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l'Università di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale, all'Azienda Ospedale-Università Padova è riconosciuto il ruolo di azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra Servizio Sanitario Regionale e Università di Padova.

L'Azienda Ospedale-Università Padova presenta un Sistema di Gestione per la qualità Aziendale certificato secondo la norma ISO 9001:2015 (Certificato Csq/Certiquality n. 5871) che comprende una serie di processi sanitari, di supporto e di gestione della ricerca clinica.

Inoltre, sono accreditate secondo la norma ISO 15189:2013 le UOC Medicina di Laboratorio e Microbiologia e Virologia, e sono attivi alcuni accreditamenti di eccellenza specifici di Unità Operativa. La UOC Medicina di Laboratorio, inoltre, fa parte delle Strutture di Fase I Autocertificate ai sensi della Determina AIFA n. 809/2015.

Il 2019 ha visto l'adozione definitiva del nuovo atto aziendale con la Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 16 maggio 2019 con decorrenza 1 ottobre 2019.

In tale data è entrata in vigore la riorganizzazione dell'Area non Ospedaliera nei contenuti previsti dalla succitata Deliberazione mentre è stata rinviata l'entrata in vigore della restante parte dell'Atto Aziendale in quanto la Regione con la DGR n. 614/2019 ha definito le nuove schede di dotazione ospedaliera e delle strutture intermedie.

Per dare attuazione agli indirizzi previsti dalla programmazione regionale, i Direttori Generali delle Aziende e degli Enti Sanitari sono stati incaricati di formulare un proprio Piano aziendale, indicando per ciascuno degli anni del biennio di riferimento (2019-2020) gli obiettivi e le azioni da porre in essere per l'adeguamento della dotazione assistenziale da trasmettere per il visto di congruità di cui all'art. 6, comma 3, della l.r. n. 56/1994 ed all'art. 39 della l.r. n. 55/1994, entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della DGR 614/2019.

La nuova programmazione regionale prevede, per l'Azienda Ospedale-Università di Padova, n. 1.652 posti letto, più eventuali 30 posti letto per l'attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre regioni italiane, e n. 90 apicalità suddivisi nei "Polo Padova Est" (n. 933 posti letto e n. 58 apicalità) e "Polo Giustiniani" (n. 719 posti letto e n. 32 apicalità). Inoltre, presso il "Polo Giustiniani" è prevista la presenza dell'Ospedale di Comunità (anche con funzione di OBE) con 50 posti



letto. La DGR 614/2019 specifica, inoltre, che “nella fase transitoria, fino all’attuazione dell’assetto definitivo sui 2 poli, l’Ospedale Sant’Antonio viene utilizzato in comodato d’uso gratuito dall’Azienda Ospedale-Università Padova”. Per rendere evidente l’attività dell’ospedale Sant’Antonio è stata inserita nell’Allegato B della succitata DGR una scheda intitolata “Situazione in itinere” sia dell’Ospedale S. Antonio che dell’Azienda Ospedale-Università di Padova che rappresenta il riferimento per la gestione della fase di transizione.

Vista la previsione della costruzione del nuovo polo di S. Lazzaro per l’Azienda Ospedale-Università Padova e la nuova distribuzione dei posti letto e delle funzioni tra l’Azienda e l’Azienda Ulss 6 Euganea, la Giunta Regionale ha ritenuto necessario la costituzione di un tavolo di lavoro tra l’Azienda Ulss 6 Euganea e l’Azienda Ospedale-Università Padova che ha provveduto a definire il piano attuativo congiunto indicante tempi e modalità del passaggio dell’Ospedale Sant’Antonio dall’Azienda Ulss 6 all’Azienda Ospedale-Università Padova. Tale passaggio, che ha visto coinvolti tutti gli uffici di entrambi gli enti, è avvenuto in data 01/01/2020.

Pertanto, preso atto che il trasferimento sarebbe avvenuto a breve distanza dal 1 ottobre 2019, data individuata dalla Deliberazione n. 539/2019 per l’entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale, si è reso necessario definire una nuova proposta di Atto Aziendale che già recepisce i contenuti della nuova programmazione regionale. Le novità riguardano principalmente l’articolazione organizzativa dei Dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati (Didas) e Funzionali, presso i quali hanno trovato collocazione anche le Unità Operativa individuate dalla programmazione regionale per l’Ospedale Sant’Antonio.

## 2.1.L'Azienda in cifre

Si fanno seguire alcuni dati relativi all'organizzazione e all'attività dell'ultimo triennio (specificando che per il 2019 si tratta di proiezioni basate sui dati di pre-consuntivo).

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019 pre-consuntivo
<b>Numero Ricoveri ordinari</b>	45.673	48.857	48.089	48.046
<b>Numero Ricoveri diurni</b>	12.895	11.000	10.529	12.004
<b>Totale ricoveri</b>	58.568	59.857	58.618	60.050
<b>Valore DRG attività di ricovero in Euro</b>	255.538.404	266.318.266	264.902.406	271.330.100
<b>Peso medio DRG ricoveri ordinari</b>	1,40	1,39	1,40	1,42
<b>Degenza media ricoveri ordinari</b>	8,07	7,61	7,68	7,63
<b>Extra Regione (RO+DH)-Mobilità</b>	10,7%	10,6%	10,6%	11,1%
<b>% Ricoveri Urgenti</b>	61,96%	58,35%	59,76%	60,37%
<b>Numero ricoveri per trapianto</b>	314	362	347	291
<b>Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)</b>	6.765.734	6.985.206	6.871.488	6.263.961
<b>Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)*</b>	98.234.620	101.814.375	102.717.046	100.843.660
<b>Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto</b>	92.870.348	96.067.854	97.148.147	97.427.397
<b>N. atti operatori (escluso Sala Parto)</b>	42.744	44.575	45.220	48.782
<b>Accessi Pronto Soccorso</b>	109.369	112.125	115.704	117.439
<i>di cui Pediatrici</i>	23.689	24.475	25.305	25.578

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019*
<b>Costi personale</b>	209.294.882	210.304.040	214.788.756	220.256.402
<b>Costi Beni Sanitari</b>	197.222.460*	207.513.658	211.886.673	223.672.916
<b><i>di cui distribuzione diretta farmaci</i></b>	71.864.512	78.923.066	81.660.568	83.413.346

\* ACEPA 2019

## 2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Di seguito vengono riportati i macro aggregati di bilancio degli ultimi anni:

	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Preconsuntivo 2019
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>34.625</b>	<b>102.724</b>	<b>-10.964.078</b>
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>605.274.770</b>	<b>613.825.282</b>	<b>615.307.952</b>
A.1) Contributi in c/esercizio	120.009.591	112.820.482	113.713.968
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-12.599.515	-7.185.721	-5.929.853
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.809.914	4.035.683	772.566
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	441.893.347	446.561.548	447.631.128
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	17.356.717	20.577.708	19.469.054
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	10.846.879	10.494.758	11.116.639
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	17.109.788	17.328.688	15.280.723
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	41.464	54.462	48.616
A.9) Altri ricavi e proventi	7.806.585	9.137.674	13.205.112
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>587.576.136</b>	<b>601.047.633</b>	<b>607.548.495</b>
<b>B.1) Acquisti di beni</b>	<b>210.030.031</b>	<b>214.401.946</b>	<b>226.528.563</b>
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	207.513.658	211.886.674	223.672.916
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	2.516.373	2.515.272	2.855.647
<b>B.2) Acquisti di servizi</b>	<b>104.672.273</b>	<b>103.426.526</b>	<b>94.975.287</b>
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	52.084.631	50.155.003	46.030.506
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	52.587.642	53.271.523	48.944.780
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	18.900.186	18.951.291	20.732.878
B.4) Godimento di beni di terzi	4.601.068	5.016.065	5.026.665
Totale Costo del personale	210.304.040	214.788.756	220.256.402
B.9) Oneri diversi di gestione	4.259.331	3.687.641	11.780.823
Totale Ammortamenti	19.417.956	19.359.102	18.784.581
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.173.641	777.844	651.156
B.15) Variazione delle rimanenze	-1.226.969	5.371.289	-3.563.000
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	15.444.578	15.267.173	12.375.140
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-526.639</b>	<b>-80.152</b>	<b>0</b>
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>-469.532</b>	<b>4.072.019</b>	<b>-1.664.843</b>
Totale imposte e tasse	16.667.838	16.666.790	17.058.692

La tabella di sintesi dei risultati degli anni 2017-2019 (pre-consuntivo) dimostra il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nel 2018. Per quanto riguarda il 2019 il dato è ancora provvisorio in quanto, sia per i ricavi che per i costi sono presenti dati stimati tuttora in corso di definizione.

### 3. Il quadro di riferimento

Come previsto dalla delibera CIVIT 112/2010 e, in generale, dalle buone prassi in materia di pianificazione, per individuare le prioritarie strategie di intervento è stata preliminarmente svolta un'analisi del quadro di riferimento, relativamente a:

- principali fonti normative, esterne ed interne all'azienda;
- contesto esterno in cui l'azienda opera;
- contesto interno.

Le principali risultanze sono descritte nei paragrafi che seguono.

#### 3.1. Le fonti

Le principali fonti normative che individuano il ruolo e gli obiettivi delle Aziende Sanitarie per i prossimi anni sono:

- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48 del 28.12.2018;
- **Schede Dotazione Ospedaliera** approvate con D.G.R. n. 614 del 14.05.2019;
- **Obiettivi di funzionamento** dei servizi per l'anno 2020 assegnati alle Aziende sanitarie del Veneto non sono ancora resi noti; in un'ottica di continuità, la programmazione 2020 terrà conto degli obiettivi determinati nel 2019 con DGR 248 dell'08/03/2019;
- **Vincoli sulle risorse** (tetti di costo), le cui soglie per l'anno 2020 non sono ancora state definite;
- **Documenti di pianificazione interni** all'Azienda (Bilancio Economico Preventivo, Piano Investimenti).

Nei successivi sotto-paragrafi si riassumono, per ciascuna delle citate fonti, le indicazioni principali.

##### 3.1.1. Piano Socio Sanitario Regionale

Il nuovo Piano, approvato con L.R. n. 48 del 28/12/2018, è formulato in continuità con quanto già oggetto della vigente programmazione sanitaria definita con il Piano socio sanitario regionale

approvato con legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e va letta come aggiornamento e integrazione dello stesso, a seguito delle significative riforme intercorse medio tempore.

Negli ultimi anni, infatti, numerosi sono stati gli interventi adottati in sede nazionale dettati soprattutto dalle cogenti necessità di contenimento della spesa pubblica e di standardizzazione della natura e della qualità delle prestazioni assistenziali erogate dalle regioni, con l'obiettivo primario di garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Così pure è stata pervasiva, a livello di governo regionale, l'adozione della disciplina di riordino del Servizio sanitario regionale, introdotta con legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, che ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della regione del Veneto - Azienda Zero" e ha dettato disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS. Il riordino territoriale delle Aziende ULSS, il cui numero è diminuito passando dalle precedenti ventuno alle attuali nove, consente una visione più ampia a livello di governo locale e una maggiore flessibilità nell'utilizzo e nell'allocazione delle risorse presenti sul territorio, anche grazie alle economie di scala che potranno essere agite sui servizi di supporto.

Da ultimo, in questa cornice di riferimento, si inserisce il recente percorso che ha portato, il 28 febbraio 2018, alla sottoscrizione dell'Accordo preliminare con il Governo ai sensi dell'articolo 116 della Costituzione. Detto Accordo preliminare introduce uno spazio regionale di "autonomia differenziata" e, in particolare in materia di Tutela della Salute, riconosce ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa e legislativa con riferimento a rilevanti settori sui quali l'intervento dello Stato ha determinato notevoli limitazioni all'azione delle regioni. I contenuti di tale Accordo riservano uno spazio che potrà essere foriero di un impatto rilevante in alcune aree principali di intervento lasciate alla determinazione dell'autonomia regionale, quali la valorizzazione delle risorse umane del SSR, il sistema tariffario sia sotto il profilo del rimborso che della compartecipazione, la spesa farmaceutica in caso di inerzia dell'Agenzia italiana del farmaco.

In questo quadro normativo e in questo percorso preliminare volto ad ottenere forme di "autonomia differenziata", si inserisce il nuovo "Piano socio sanitario regionale 2019-2023". Tale strumento di pianificazione regionale intende offrire una guida per sviluppare e consolidare i principali tratti evolutivi del sistema socio sanitario veneto, già introdotti con il Piano socio sanitario 2012-2016, proiettandoli nel panorama del prossimo quinquennio. Le azioni già intraprese, dunque, si dovranno conciliare con lo sviluppo di misure atte a garantire la sostenibilità dell'universalità di cure e a proseguire le azioni di miglioramento degli strumenti necessari per affrontare i bisogni di salute, raccogliendo la sfida per gestire le inevitabili contraddizioni offerte dall'osservazione delle complessità della realtà odierna.

In particolare, il Piano approfondisce le relazioni tra fabbisogno assistenziale e risposte del servizio sanitario veneto in termini di offerta, con analisi dedicate, suddivise in due parti.

La prima, focalizzata sul profilo dei bisogni, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda di servizi sanitari;
- promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio;

- salute della donna e del bambino;
- percorso del paziente in ospedale;
- presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza;
- malattie rare;
- salute mentale;
- integrazione socio sanitaria.

La seconda, focalizzata sul profilo dei sistemi di supporto all'erogazione di prestazioni socio-assistenziali, con particolare riferimento agli ulteriori ambiti:

- governo del sistema e il governo delle aziende;
- gestione del patrimonio informativo socio-sanitario;
- governo della farmaceutica e dei dispositivi medici;
- governo e le politiche per il personale;
- gestione delle risorse finanziarie e strumentali;
- ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie;
- rapporti con l'università.

### **Rapporti con l'Università**

Con la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 151 del 14.11.2017 è stato approvato il "Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale" che:

- prevede l'apporto dell'Università alla programmazione socio sanitaria regionale;
- definisce le attività che dovranno essere assolte dall'Azienda Ospedale-Università Padova, nel quadro della programmazione socio sanitaria e dell'integrazione delle attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca;
- individua gli organi dell'Azienda Ospedale-Università e le relative funzioni;
- stabilisce la costituzione e l'organizzazione dei dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati, quale modello peculiare dell'Azienda Ospedale-Università in funzione dell'esercizio integrato delle attività didattiche, di ricerca e di assistenza;
- detta disposizioni in materia di personale universitario ed equiparato e di trattamento economico del medesimo, in coerenza con quanto stabilito in materia dal d.lgs.517/1999;
- definisce gli aspetti patrimoniali e le modalità di finanziamento dell'Azienda Ospedale-Università;
- disciplina i contratti e le convenzioni di ricerca;
- regola le procedure finalizzate alla garanzia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Vista l'approvazione del Protocollo d'intesa, l'Università degli Studi di Padova e l'Azienda Ospedale-Università Padova hanno istituito, nel mese di novembre 2017, una Commissione congiunta con l'obiettivo di recepire i contenuti del protocollo di intesa nel nuovo atto aziendale, pervenendo alla predisposizione del nuovo atto aziendale approvato con DDG n. 539 del 16/05/2019 e alla successiva proposta approvata con DDG n. 1470 del 02/12/2019 relativa all'area ospedaliera che tiene conto delle nuove schede di dotazione ospedaliera.

### **3.1.2. Dotazione Schede Ospedaliere (DGR 614/2019)**

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedale-Università Padova, la nuova programmazione regionale prevede n. 1.652 posti letto e n. 90 apicalità suddivisi nei "Polo Padova Est" (n. 933 posti letto più eventuali 30 posti letto per l'attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre regioni italiane, e n. 58 apicalità) e "Polo Giustiniani" (n. 719 posti letto e n. 32 apicalità). Inoltre, presso il "Polo Giustiniani" è prevista la presenza dell'ospedale di Comunità (anche con funzione di OBE) con 50 posti letto.

Nelle note relative a tale scheda è specificato che "nella fase transitoria, fino all'attuazione dell'assetto definitivo sui 2 poli, l'Ospedale Sant'Antonio viene utilizzato in comodato d'uso gratuito dall'AOUP". Per rendere evidente l'attività dell'O.S. Antonio è stata inserita nell'allegato B della DGR n. 614/2019, una scheda intitolata "Situazione in itinere" sia dell'O.S.A. che dell'A.O.U.P. che rappresenta il riferimento per la gestione della fase di transizione.

Per definire tempi e modalità di trasferimento dell'OSA dall'Azienda ULSS 6 Euganea all'AOUP, è stato elaborato un progetto, approvato con specifico provvedimento.

Tale scheda prevede n. 1.652 posti letto e n. 90 apicalità suddivisi in:

- AOU Padova n. 1.428 posti letto più eventuali 30 posti letto per l'attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre regioni italiane e n. 80 apicalità;
- O.S. Antonio n. 224 posti letto e n. 10 apicalità. Inoltre presso l'O.S. Antonio è prevista la presenza dell'Ospedale di Comunità con 50 posti letto.

Con DGR n. 1174 del 30/09/2019 l'Azienda Ospedale-Università Padova ha approvato il "Piano Aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera e della struttura intermedia", riferendosi alla "Situazione in itinere", attuando la DGR n. 614/2019 con le seguenti precisazioni:

- Necessita mantenere attivi tutti i 32 posti letto della funzione Psichiatria, in luogo dei 20 previsti dalla scheda ospedaliera, al fine di rispondere ai bisogni di salute della popolazione del territorio padovano;
- Verrà posta attenzione all'adeguamento dei posti letto delle funzioni di Ortopedia ed Urologia per le quali sarà necessario integrarsi con l'Azienda ULSS 6 Euganea, così come per la funzione di Medicina Generale e Chirurgia Generale per la quale è prevista una significativa riduzione dei posti letto al fine di dare continuità di erogazione dell'attività assistenziale alle persone che si rivolgono all'Azienda Ospedale-Università;

- Per le funzioni di Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Centro Regionale Malattie Rare, Terapia Intensiva Neonatale, Patologia Neonatale, Terapia Intensiva Pediatrica, Neuropsichiatria Infantile, Terapia Intensiva Cardiologica, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neuroriabilitazione, Unità Spinale, e per l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, l'adeguamento dei posti letto potrà avvenire compatibilmente con il reperimento di risorse per adeguamenti di tipo strutturale/organizzativo.

### 3.1.3. Obiettivi Regionali e limiti di costo per i beni sanitari

Alla data dell'approvazione del presente piano non sono ancora stati determinati gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle aziende sanitarie per l'anno 2020.

Tuttavia è probabile che, in linea con l'anno precedente e con il contratto dei Direttori Generali, gli obiettivi strategici definiti dalla Regione punteranno sulle seguenti aree di intervento:

Area regionale	
D	Assistenza distrettuale
T	Assistenza ospedaliera
S	Processi di supporto

Oltre agli obiettivi definiti dalla Giunta Regionale, nella programmazione 2020 si terrà conto anche dei criteri di valutazione dei Direttori Generali della V Commissione del Consiglio Regionale del Veneto, che ha definito i criteri per il 2019 con nota prot. 556492 del 24/12/2019, nelle seguenti aree:

A3	Verifica sul rispetto della percentuale massima di legge della libera professione
E1	Rispetto tempi liste d'attesa interventi ambulatoriali e specialistici
E2	Rispetto tempi liste d'attesa interventi chirurgici in particolare per quelli oncologici
E3	Riorganizzazione emergenza urgenza in base alla DGR 245 del 07/03/2017 e in base alle indicazioni Agenas
E4	Interventi tesi all'implementazione dell'umanizzazione nel rapporto con pazienti e familiari da parte del personale medico e sanitario
E5	Verifica del funzionamento delle reti cliniche (ictus, oncologiche...)
E6	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro
E7	Recupero farmaci e presidi medici
G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare

Per quanto riguarda i limiti di costo del personale e dei beni sanitari, in attesa dell'emanazione dei decreti di definizione, si riportano di seguito i valori inseriti nel Bilancio Economico Preventivo 2020, che tengono conto dell'acquisizione del S. Antonio (vedasi parag. 4.1):



	Tetto 2019*	Valore BEP 2020 (in attesa di decreto definizione tetti)	
			di cui OSA
Personale	220.000.000	264.004.123	44.000.000
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	137.102.676	142.585.832	5.500.000
Dispositivi	61.062.603	67.839.303	6.800.000
IVD	22.972.298	23.606.298	634.000

\*definiti con DDR 23 del 06/02/2019, DDR 43 dell'11/04/2019, modificati con DDR 109 del 15/10/2019, DDR 127 del 7/11/19

Come da istruzioni di Azienda Zero, il Bilancio Economico Preventivo 2020 è stato formulato nel rispetto dei tetti 2019 di cui alla DDR n.127 del 7.11.2019, a cui sono stati aggiunti gli incrementi dovuti all'acquisto del Sant'Antonio.

### 3.1.4. Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2020

L'Azienda ha approvato la proposta di Bilancio Economico Preventivo 2020 con DDG n. 1631 del 31/12/2019.

La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive regionali di cui alla nota dell'Azienda Zero prot. 73525 del 10/12/2019 (prot. interno 24018 del 9/12/2019), e successive integrazioni con mail del 11/12/2019, con cui vengono forniti gli indirizzi e i riferimenti contabili cui attenersi per la predisposizione del Bilancio Economico Preventivo 2020, nel rispetto delle disposizioni dell'art. 32, comma 5, del D.Lgs. 23/06/2011 n. 118.

Il Bilancio Preventivo Economico 2020 è stato redatto in considerazione di tutti gli atti di programmazione e di indirizzo attualmente adottati dalla Regione e precisamente, per quanto attiene a questa Azienda:

-DGR 2174/2016: "disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25/10/2016 n. 19";

-DGR 248/2019 "Determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019";

-DGR 333/2019: assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019-2020;

-Piano triennale di fabbisogni del personale (PTFP) 2020-2022 (nota Regione Veneto istruzioni operative prot. 482668 del 08/11/2019).

Il Risultato d'esercizio 2020 rappresentato nel conto economico preventivo espone una previsione di perdita di 36,8 milioni di euro, come risultato di:

A. Valore della produzione	676.800.917
B. Costi della produzione	693.291.490
<b>Differenza A-B</b>	<b>-16.490.573</b>
C. Proventi e oneri finanziari	-71.349
D. Rettifiche di valore di attività finanziarie	0
E. Proventi e oneri straordinari	0
<b>Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)</b>	<b>-16.561.922</b>
Y. Imposte sul reddito dell'esercizio	20.223.450
<b>Utile (Perdita) dell'esercizio</b>	<b>-36.785.372</b>

Va sottolineato che sia nei ricavi che nei costi di produzione del Preventivo 2020 è stato valorizzato l'impatto dell'acquisizione dell'Ospedale S. Antonio da parte dell'Azienda Ospedaliera. Tale attività è stata concordata con l'Ulss 6 che ha fornito le quantificazioni economiche per conto di costo. Un'analisi più coerente sarà oggetto di valutazione futura quando saranno disponibili, nelle prossime rendicontazioni, le assegnazioni, i valori di mobilità definitivi e i valori consolidati per l'anno 2019 dell'Ospedale S. Antonio.

### 3.1.5. Piano investimenti

La situazione di contesto con riferimento alla politica degli investimenti nel settore socio sanitario permane caratterizzata da una contrazione nella disponibilità di risorse pubbliche.

Tuttavia l'Azienda, per fronteggiare comunque le necessità di mantenimento in sicurezza ed efficienza delle strutture esistenti e garantire il ruolo HUB a livello regionale di molte alte specialità garantendo non solo l'aggiornamento tecnologico, ma anche il rinnovo delle attrezzature obsolete e l'aggiornamento informatico, beneficia di fondi regionali dedicati agli investimenti oltre ad altre tipologie di finanziamento.

Per questo tenendo conto dello stato di obsolescenza delle tecnologie, delle proposte di aggiornamento che provengono dalle strutture aziendali, delle linee di sviluppo disegnate dalla Regione con i propri documenti programmatori tra cui si citano in particolare per l'anno 2020:

- DGR 2049/2017 e 1577/2018
- DDR 23/2019
- DDR 10/2019 c.d. "budget CRITE"
- DGR 1204/2019

l'esercizio 2020 sarà caratterizzato in particolare dall'avvio dei lavori per la costruzione della nuova Pediatria, dalla prosecuzione dei lavori per la realizzazione del nuovo Centro

Immunotrasfusionale e dal completamento dell'estensione della posta pneumatica all'Ospedale Giustiniano. Per gli investimenti in informatica si darà attuazione ai progetti già avviati negli anni precedenti mentre per gli investimenti in attrezzature verrà data priorità agli acquisti per il blocco operatorio del terzo piano del Policlinico.

L'impegno previsto per l'esercizio 2020 prevede investimenti per circa 18,8 ml già coperti da finanziamento (contributi in conto capitale -statali, regionali- finanziamenti da privati ecc.), per circa 1,7 ml da riserve di esercizi precedenti, per circa 4 ml da contributi aziendali in conto esercizio e per circa 12,9 ml oggetto di valutazione nel corso dell'esercizio 2020.

Per maggiori dettagli sulle singole voci si rinvia a quanto riportato nella programmazione inserita nel Piano Investimenti.

Relativamente al fabbisogno complessivo per l'esercizio 2020 lo stesso è così rappresentato:

Conti di Bilancio	Impegno Previsto 2020
A.I.3) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	653.000
A.I.4.d.2.a) Migliorie su beni di terzi con vincolo di destinazione sanitaria senza termini di scadenza	934.000
A.II.4) Attrezzature sanitarie e scientifiche	15.066.740
A.II.5) Mobili e arredi	746.400
A.II.6) Automezzi	300.000
A.II.9.h.1) Macchine d'ufficio	3.975.000
AAA130 (A.I.5) Altre immobilizzazioni immateriali	247.500
AAA360 (A.II.2.b.1) Fabbricati strumentali (indisponibili)	10.659.670
AAA380 (A.II.3) Impianti e macchinari	4.053.574
<b>Totale Complessivo</b>	<b>36.635.884</b>

### 3.1.6. Altre fonti normative

Altre indicazioni normative considerate nel Piano sono dettate da:

- **DGR n. 1916 del 17/12/2019** "Approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale tra l'Azienda ULSS 6 Euganea e l'Azienda Ospedale-Università Padova e tra l'Azienda ULSS 9 Scaligera e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. - Sperimentazione per il biennio 2020-2021".

Con questa delibera si propone l'applicazione del suddetto accordo contrattuale in via sperimentale per il biennio 2020-2021, "al fine di garantire la migliore integrazione delle Aziende Ospedaliere nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da parte delle Aziende Territoriali, consentendo di definire annualmente la fornitura di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da parte dell'Azienda Ospedaliera, a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda ULSS".

- **DGR n. 1918 del 17/12/2019** “parere di congruità sul piano attuativo congiunto dell’Azienda ULSS 6 Euganea e dell’Azienda Ospedale-Università Padova riguardante il passaggio dell’Ospedale Sant’Antonio, in attuazione a quanto disposto dalla DGR n. 614 del 14/05/2019 art. 6, comma 3, della L.R. n. 56/1994 ed art. 39 della L.R. n. 55/1994”.  
Con questa delibera la Giunta Regionale esprime il parere favorevole di congruità sul piano attuativo congiunto (riportato come allegato A) approvato entro il 30 settembre 2019 da entrambi i Direttori Generali dell’Azienda ULSS 6 Euganea e dell’Azienda Ospedale-Università Padova, secondo il cronoprogramma riportato nell’allegato B del suddetto atto.
- **DGRV n. 2005/2019** “Disposizioni per l’anno 2020 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n.30 e art.14, comma 1, della L.R. 28 dicembre 2018, n. 48. D.G.R. n. 131/CR del 29 novembre 2019”.
- **Deliberazione del Consiglio Regionale n. 151 del 14.11.2017** “Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l’Università degli Studi di Padova disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale”;
- **DGRV n. 381/2016** "Nuovo Polo della salute di Padova - DGR n. 1391/2014, DGR n. 1700/2014 e DGR n. 2292/2014. Dichiarazione di assenza di pubblico interesse della proposta di finanza di progetto presentata il 30.3.2012 - sentenza Tar Veneto n. 588 del 25.5.2015 di accoglimento del ricorso di Finanza e progetti spa - DGR n. 1.012 del 04/08/2015 di individuazione degli adempimenti conseguenti ai fini della prosecuzione del procedimento. Determinazioni finali”;
- **DGRV n. 1012/2015** “Nuovo Polo della salute di Padova - DGR n. 1391/2014, DGR n. 1700/2014 e DGR n. 2292/2014. Dichiarazione di assenza di pubblico interesse della proposta di finanza di progetto presentata il 30.3.2012 - sentenza Tar Veneto n. 588 del 25.5.2015 di accoglimento del ricorso di Finanza e progetti spa - valutazioni e iniziative conseguenti ai fini delle prosecuzione del procedimento di realizzazione dell’opera”;
- **DGRV n. 1513/2014** “Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell’attività di Pronto Soccorso; criteri per l’attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell’accesso”;
- **DGRV n.1306/2017** “Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. GRV n.30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016. N.19);
- **DGRV n. 988/2017** “Misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa in attuazione della L.R. 30 dicembre 2016 n. 30. Utilizzo delle risorse di cui all’articolo 1, comma 3, lett. c) della L. 3 agosto 2007, n. 120 e s.m. e i. Integrazione della DGR n. 85 del 31 gennaio 2017”;

- **D.Lgs 118/2011** “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42”.
- **DGRV n. 2533/2013** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l’Azienda Ospedale-Università Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l’IRCCS “Istituto Oncologico Veneto Anno 2014”.

Il Piano delle Performance soddisfa inoltre, sul piano del metodo, i seguenti riferimenti normativi:

- **DGRV n. 140/2016** “Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia”. Tale norma va a sostituire la DGRV 2205/2012.
- **Delibera CIVIT n. 6/2013** “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”;
- **Delibera CIVIT n. 112/2010** “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance”;
- **D.Lgs n. 150/2009 e ss.mm. (D.Lgs n. 74 del 25/05/2017)** “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- **CC.CC.NN.LL.** delle varie aree contrattuali;
- **D.Lgs. 97/2016** “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”
- **D.Lgs. 33/2013**, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **Legge n. 190/2012**, recante le “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione“, assume la portata di una vera e propria riforma delle pubbliche amministrazioni ai fini della prevenzione e della lotta alla corruzione;
- **DGRV n. 693/2013** “Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell’IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)”.

### 3.1.7. Le fonti interne

Il Piano tiene conto e si raccorda con gli altri documenti di programmazione interni all'Azienda, ed in particolare:

- DDG n. 1174 del 30/9/2019: “Approvazione del Piano Aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera e della struttura intermedia in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 614 del 14 maggio 2019.”
- DDG n. 539 del 16/05/2019 “Adozione definitiva dell'Atto Aziendale in attuazione del Decreto n. 131 del 7 novembre 2018 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale di approvazione” e successiva proposta (DDG n. 1470 del 02/12/2019) relativa all'area ospedaliera che tiene conto delle nuove schede di dotazione ospedaliera e del piano attuativo riguardante il passaggio in Azienda Ospedale-Università Padova dell'Ospedale Sant'Antonio; tale proposta è stata inviata alla Regione per le verifiche di competenza e l'approvazione;
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza anni 2020-2022 (DDG n. 98 del 28/01/2020);
- Programmazione procedure di gara anni 2019-2020 (DDG n. 1529 del 10/12/2018);
- Piano Formativo (DDG 1.607 del 24/12/2019);
- Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2020-2022 e della Dotazione Organica anno 2020 (adozione provvisoria con DDG n. 1469 del 29/11/2019)

## 3.2. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha preso in esame le relazioni più significative sull'andamento dei servizi sanitari a livello regionale e nazionale, ovvero:

- Relazione Socio Sanitaria Regionale 2019 (dati 2017-2018);
- Rapporto SDO 2017, in attesa della pubblicazione dell'aggiornamento 2018;
- Programma Nazionale Esiti Edizione 2018 (dati 2017);
- Indicatori del network S. Anna, progetto Bersaglio;

di cui si evidenziano le principali risultanze nei successivi sotto-paragrafi.

### 3.2.1. Relazione Socio Sanitaria Regionale

La Relazione Socio Sanitaria rappresenta un importante momento di sintesi e di verifica del lavoro e delle attività che i professionisti del SSR hanno svolto nell'anno. Illustra la condizione di salute della popolazione del Veneto, ponendo in luce modifiche e trasformazioni epidemiologiche, demografiche e di impiego dei servizi socio-sanitari offerti.

Nella Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto (realizzata con i contributi delle strutture afferenti all'Area Sanità e Sociale e delle Unità Operative di Azienda Zero) vengono

presentati i risultati relativi al biennio 2017-2018, facendo riferimento alla fase finale del Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2016, prorogato al 2018 dalla L.R. 19/2016.

La popolazione del Veneto è di circa 4,9 milioni di residenti, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, ma con una inversione di tendenza rispetto agli ultimi due anni in cui la popolazione era leggermente diminuita, dovuta solo dall'aumento della popolazione straniera. Infatti ora i cittadini stranieri residenti in Veneto sono poco più del 10%.

Per il progressivo invecchiamento, i residenti con più di 64 anni sono il 23% del totale con un rapporto rispetto alla popolazione 0-14 anni di 1,7 a 1.

I cittadini stranieri residenti in Veneto rappresentano il 10,2% della popolazione complessiva, in aumento rispetto all'anno precedente (+13.221 persone).

Nel 2018 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 649.499 dimissioni, circa 4.400 in meno rispetto all'anno precedente. La diminuzione ha riguardato in particolare l'attività di ricovero diurno, mentre c'è stato un aumento dei ricoveri ordinari in relazione alla progressiva attivazione della Week Surgery, passata dai 16.671 ricoveri del 2015 ai 44.701 ricoveri del 2018. La degenza media dei ricoveri nei reparti per acuti è nel lungo periodo in diminuzione e sostanzialmente stabile rispetto al 2017. L'attività delle strutture private convenzionate incide per il 19% del totale, mentre arriva a coprire il 69% dei ricoveri in area riabilitativa.

La progressiva diminuzione del numero dei ricoveri diurni è conseguenza anche dell'estensione delle tipologie di interventi chirurgici erogabili in regime ambulatoriale (DGR 859/2011 e successive) oltre che dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia.

La durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti si mantiene stabilmente sotto gli 8 giorni: nel 2018 sono state erogate circa 30.000 giornate di degenza in più, rimanendo tuttavia ancora sotto ai 5.000.000 giorni annui di degenza.

Nell'anno 2018 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto (SPS) 61.525.691 prestazioni ambulatoriali di cui 59.905.048 erogate a favore dei cittadini residenti in Veneto.

Rispetto all'anno 2017 si è riscontrato, nel complesso, un lieve aumento dello 0,5% del volume di prestazioni; l'attività erogata dalle strutture pubbliche è aumentata dell'1,8% mentre, di contro, l'attività delle strutture private accreditate è diminuita del 6,2%.

L'attività clinica (Branche a visite e Medicina Fisica e Riabilitazione) rappresenta il 22% delle prestazioni totali erogate, l'attività di Diagnostica per immagini il 6% ed il Laboratorio il 72%, mantenendo sostanzialmente le stesse percentuali dell'anno precedente.

Il rapporto pubblico/privato accreditato per l'anno 2018 conferma quanto rilevato negli anni precedenti, vale a dire il ruolo dominante, in generale, del settore pubblico, che eroga l'84% delle prestazioni totali, rispetto ai privati accreditati che erogano il 16% delle prestazioni.

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere. La DGR 320 del 12 marzo 2013 ha istituito l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni feriali, prefestivi e festivi ulteriormente normato con L.R. 30/2016 nei giorni feriali fino alle 23:00 per almeno tre giorni alla settimana, prefestivi e festivi dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

Questa innovazione organizzativa è stata attuata per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, e ha contribuito anche a ridurre le liste d'attesa.

Per ognuna delle seguenti diagnostiche (TAC, RMN, Ecografia, Mammografia, Medicina Nucleare e Radioterapia), ove presenti, ciascuna Azienda doveva assicurare almeno una apparecchiatura funzionante nelle fasce orarie previste. Nel 2018 sono state erogate 136.203 prestazioni in tali fasce orarie.

Nel periodo 2000-2017 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. Soprattutto nella seconda metà del periodo di osservazione si è verificata una riduzione della mortalità per neoplasie del grosso intestino. Continua il calo della mortalità per tumore della mammella nelle donne. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata, mentre la mortalità per suicidi è rimasta negli ultimi anni sostanzialmente stabile.

A partire dal 2000 il numero assoluto annuo di decessi è aumentato considerevolmente (da circa 42.000 a circa 49.000), il tasso grezzo (osservato) di mortalità registra un lieve aumento limitato al sesso femminile, mentre il tasso standardizzato si è sostanzialmente ridotto, con una tendenza alla stabilizzazione negli ultimi anni.

La principale causa di morte per tumore negli uomini è ancora rappresentata dal tumore del polmone (8,1% di tutti i decessi), nonostante prosegua un trend storico di forte riduzione; nelle donne invece i tassi di mortalità sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 2.3). I tumori del grosso intestino, pur presentando tassi standardizzati in notevole riduzione a partire da metà degli anni 2000, sono la seconda causa di decesso per neoplasie dopo il tumore del polmone negli uomini e la terza dopo i tumori di mammella e polmone nelle donne. Il tumore della mammella mostra una mortalità in diminuzione, ma costituisce ancora la principale causa di morte per tumore nelle donne (3,9% di tutti i decessi).

Si stima che nel 2018 in Veneto siano stati diagnosticati 32.899 nuovi casi di tumore maligno (17.471 negli uomini e 15.428 nelle donne), di cui 4.906 casi di tumore della mammella nelle donne, 3.818 tumori del colon retto, 3.638 casi di tumore della prostata e 3.153 casi di tumore del polmone.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza dei tumori è in riduzione negli uomini ed è stabile nelle donne. Nei maschi sta diminuendo l'incidenza di tutte le sedi tumorali più importanti. Il tumore del polmone mostra un calo del 4% all'anno, in conseguenza del calo dell'abitudine al fumo; si sta riducendo del 3% anche l'incidenza del tumore della prostata, dopo il picco registrato nel 2003, e quella del tumore del colon retto, grazie alla diffusione dello screening organizzato.



Nelle donne l'incidenza del tumore della mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002 mentre nell'ultimo periodo di osservazione si evidenzia una diminuzione dei tumori del colon retto.

Nel corso del 2018 il Registro Tumori del Veneto (RTV) ha ampliato la sua base di popolazione, che era del 96%, a tutta la popolazione regionale.

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2018 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione; di rilievo il sorpasso degli eventi senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) a scapito degli STEMI negli ultimi anni di osservazione. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

Le malattie cerebrovascolari acute sono molto rilevanti per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti; nel 77% dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione dei tassi standardizzati negli ultimi anni in tutti i diversi tipi di ictus.

La frequenza maggiore di eventi si trova negli over 74-anni, tranne nelle emorragie subaracnoidee in cui c'è la maggior parte degli eventi nei soggetti di 45-64 anni.

La malattia renale cronica (MRC) in fase terminale colpisce 5mila pazienti nel Veneto, che necessitano di trattamento renale sostitutivo (RRT, dialisi o trapianto renale). Dal 2015, questo numero è tornato ad aumentare leggermente, dal momento che il numero di decessi resta sempre più basso di quello dei nuovi casi, anche se l'incidenza sta calando e la mortalità è in aumento.

In Veneto è attiva una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 36 punti nascita, approvata a livello nazionale in termini di organizzazione e qualità assistenziale.

I trend decrescenti dell'abortività spontanea, delle interruzioni volontarie di gravidanza e della fecondità sono da imputare ad una contrazione nel tempo di concepimenti.

Il parto avviene nel 25% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la nostra regione in posizione largamente inferiore alla media nazionale; esiste un'importante variabilità per punto nascita nel ricorso alla diagnosi prenatale (circa 13% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio.

Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) riguarda il 3% dei parti, in crescita rispetto agli anni precedenti. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

### 3.2.2. Rapporto SDO 2017

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2017 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza si riduce di circa il 2%; anche il corrispondente volume complessivo di giornate mostra una analoga riduzione di circa il 2%. Più nel dettaglio, la riduzione più consistente si osserva per l'attività per Acuti in regime diurno (dimissioni -6,7%, giornate -13,1%), poi per la lungodegenza (dimissioni -5,4%, giornate -17,5%) e per la Riabilitazione in regime diurno (dimissioni -4,6%, giornate -3,1%)

Rispetto al 2016, nel 2017 il tasso di ospedalizzazione per Acuti, standardizzato per età e sesso in Italia si riduce da 126 a 123,2 dimissioni per 1.000 abitanti, suddiviso in 94,2 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 29 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 95 e 31 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale.

Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso e mostra un andamento decrescente, che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 94 e 29 nel 2017. Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 129,4 nel 2017.

L'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriata se erogati in Regime di ricovero ordinario: in particolare, confrontando i dati dell'anno 2017 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 33 dei 108 DRG a rischio inappropriata; inoltre, fra i restanti 75 DRG, ulteriori 41 DRG, pur presentando una quota di regime diurno inferiore rispetto al 2016, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,8%; infine, si può osservare che 80 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente. Presumibilmente ciò sta ad indicare il trasferimento della casistica dal setting ospedaliero al setting ambulatoriale: il numero totale di ricoveri afferenti ai 108 DRG a rischio inappropriata si riduce di circa il 6,3%, passando da 2.314.129 unità a 2.167.274 unità.

Complessivamente, quindi, per i 108 DRG LEA si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

Per quanto attiene la mobilità interregionale, la percentuale di ricoveri in mobilità per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente

costante, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza.

Più in dettaglio, si osserva che dal 2010 al 2017 la mobilità per Acuti in regime ordinario passa da 7,4% a 8,3%, mentre in regime diurno passa da 7,4% a 9,3%, la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% al 16,4%, quella in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010, tocca un massimo di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,8% nel 2017. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 5,2% nel 2017.

### 3.2.3. Programma Nazionale Esiti Edizione 2018

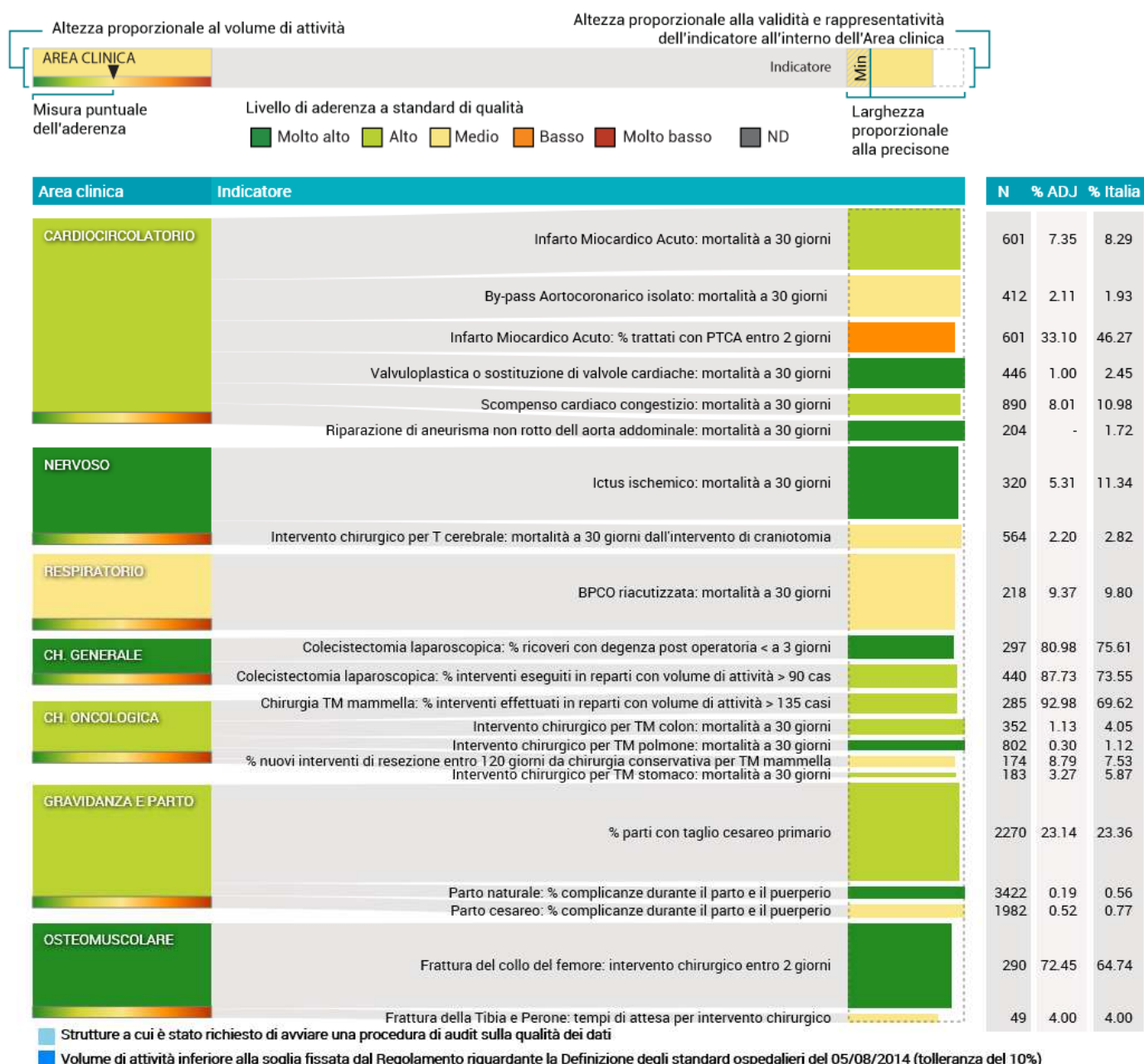
Il Programma Nazionale Esiti (PNE) nasce come strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Ha l'obiettivo di valutare e misurare le performance delle strutture sanitarie, attraverso il confronto con standard, parametri di riferimento e i risultati delle altre aziende sanitarie. Il PNE è un progetto sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) per conto del Ministero della Salute, e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

L'edizione 2018 di PNE, su dati 2017, analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione) e ha introdotto rispetto all'anno precedente 8 nuovi indicatori, di area cardiovascolare ed oncologica (tra cui: embolia polmonare-volumi e mortalità a 30 giorni, volumi di PTCA in infarti STEMI e non-STEMI, volumi di intervento per carcinoma ovarico).

Il Sistema Sanitario Nazionale, come misurato in PNE, continua a restituire segnali di miglioramento e di evoluzione positiva per la maggior parte degli esiti. Questo è evidente nelle aree di patologia cardiovascolare (IMA e by pass), muscolo-scheletrica (fratture e protesi), oncologica (volumi ed esiti), perinatale (parti), respiratoria e digerente.

Continua la marcia, anche se più lenta in area oncologica, verso la concentrazione in strutture "Hub" di procedure il cui esito positivo, da letteratura, è associato all'incremento di volumi, e continua il decremento di ospedalizzazioni per patologie croniche ad alto rischio di inappropriatezza.

Analizzando nel dettaglio i dati 2017 degli indicatori dell'Azienda Ospedale-Università Padova:



Mettendo a confronto i dati del 2016 e 2017:

molto alto	alto	medio	basso	molto basso
------------	------	-------	-------	-------------

	Dati 2016 % ADJ	Dati 2017 % ADJ	Δ dati 2016-17
<b>CARDIOCIRCOLATORIO</b>			
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,25	7,35	
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	1,76	2,11	
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	30,57	33,10	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	3,23	1,00	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	7,64	8,01	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,87		
<b>NERVOSO</b>			
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,05	5,31	
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,11	2,20	
<b>RESPIRATORIO</b>			
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,66	9,37	
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>			
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	77,31	80,98	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volumi di attività > 90 casi	69,68	87,73	
<b>CHIRURGIA ONCOLOGICA</b>			
Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volumi di attività > 135 casi	97,06	92,98	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	1,68	1,13	
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,78	0,30	
% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	6,25	8,79	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	0,9	3,27	
<b>GRAVIDANZA E PARTO</b>			
% parti con taglio cesareo primario	25,64	23,14	
Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	0,31	0,19	
Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	0,59	0,52	
<b>OSTEOMUSCOLARE</b>			
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	45,87	72,45	
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	4,00	4,00	

Nelle prime due colonne sono evidenziati i dati 2016-2017 con i colori della scala di valutazione del treemap, in base al grado di raggiungimento della soglia. Nella terza colonna si evidenziano i cambiamenti nei due anni: il verde indica un miglioramento, l'arancione un peggioramento.

Nello specifico risultano particolarmente migliorati:

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità,
- Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità,
- Ictus ischemico: mortalità,
- Colectomia laparoscopica: entrambi gli indicatori,
- Intervento chirurgico per TM polmone,
- % parti con taglio cesareo primario
- Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio,
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni.

Risulta invece particolarmente peggiorato, entrando nella soglia bassa il seguente indicatore:

- % nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella,

L'Azienda Ospedale-Università Padova si è comunque impegnata nell'ulteriore miglioramento, infatti nei dati forniti dalla Regione Veneto, nell'ultimo monitoraggio del 2019 (al 30/09/2019) sugli indicatori del PNE non risultano criticità e l'AOP ha un punteggio positivo di 2,86 (l'intervallo di valutazione è da 0 a 4).

#### 3.2.4. Bersaglio

Sin dal 2012 la Regione Veneto ha aderito al sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Tale modello di analisi è particolarmente sviluppato per descrivere le performance delle aziende territoriali e del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, mentre, per quanto riguarda le Aziende Ospedaliere, il sistema ha cominciato ad ampliarsi nel corso del 2015.

Nel 2018, questo network è composto da 10 Regioni e dalle due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Il coordinamento è affidato a un soggetto terzo e pubblico, la suddetta Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha il compito di assicurare il rigore metodologico del processo di calcolo e il sistematico sviluppo e aggiornamento dello strumento. L'obiettivo della collaborazione è quello di condividere un sistema di valutazione, attraverso il confronto di un set di circa 400 indicatori (che spaziano dallo stato di salute della popolazione alla valutazione delle dinamiche economico-finanziarie e dell'efficienza operative), per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari.

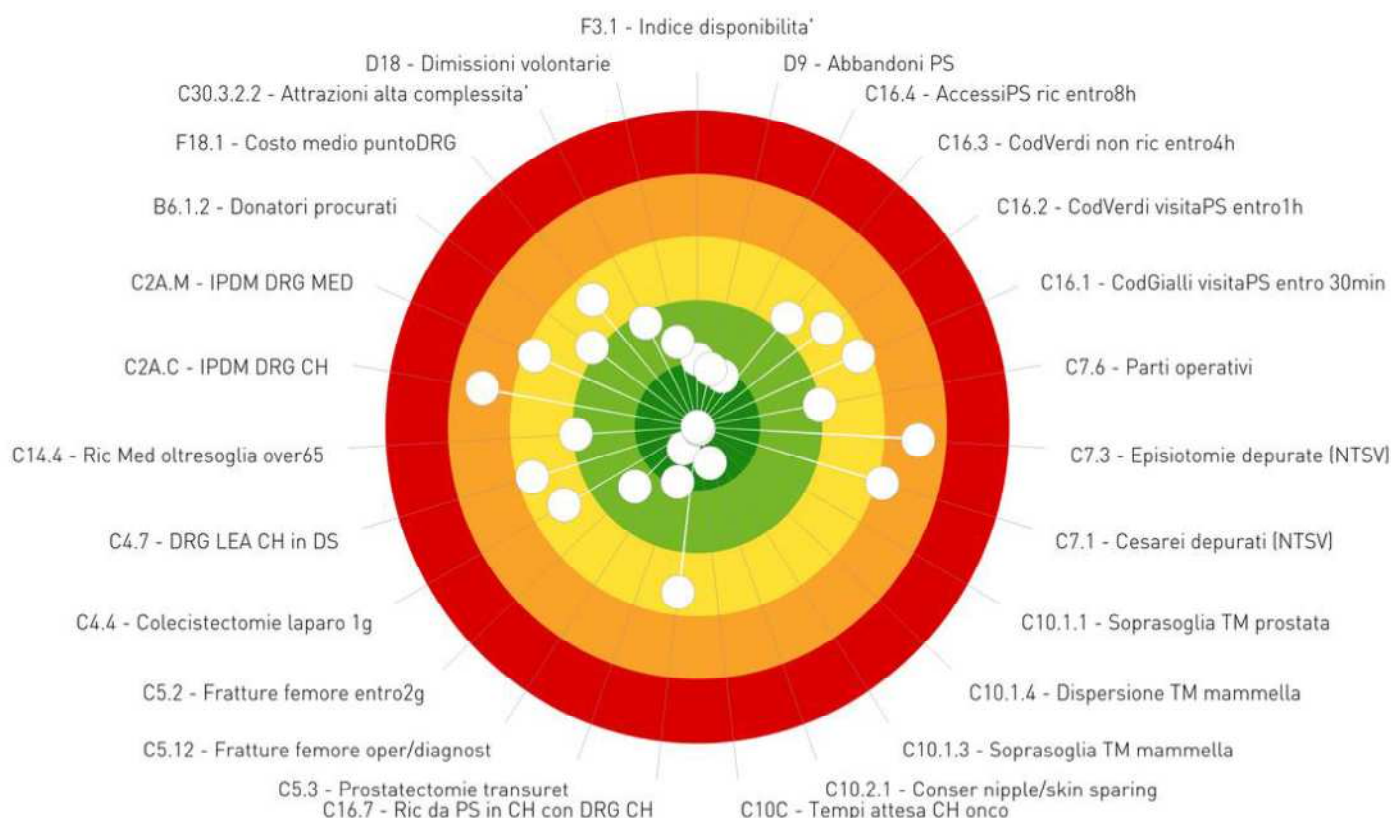
Per offrire un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati aziendali, gli indicatori sono riportati in una rappresentazione a "bersaglio" (figura 1). Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I pallini del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori di sintesi e sono ordinati seguendo le seguenti aree: utenza, personale e comunicazione, missione, efficienza, appropriatezza organizzativa, qualità dei percorsi, compliance, percorso oncologico, percorso materno-infantile, pronto soccorso, equilibrio economico-finanziario. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa, esterna.

Di seguito sono rappresentati i grafici dei risultati dell'ultimo report (2018) per l'Azienda Ospedale-Università Padova.



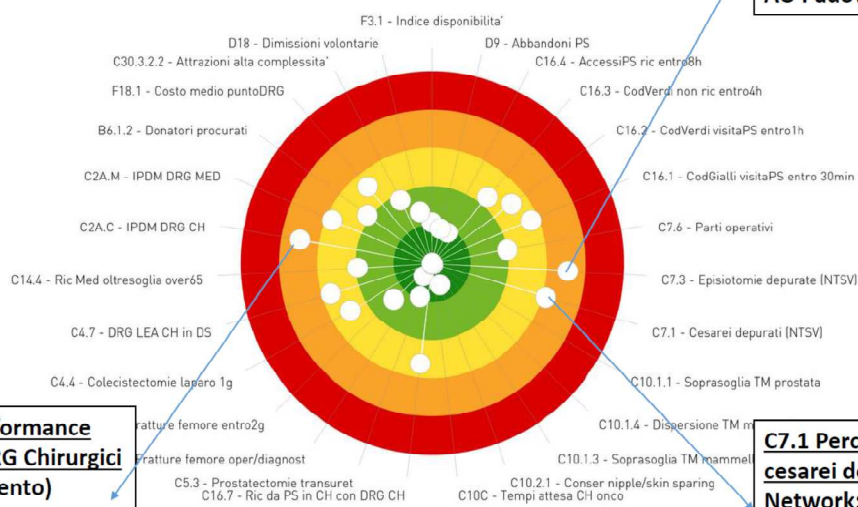
Performance AO Padova 2018

Bersaglio 2018  
A.O. Padova



**C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)**  
**Network: 15,6%**  
**Veneto: 14,8%**  
**AO Padova: 32,4%**

Bersaglio 2018  
A.O. Padova



**C2A.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici**  
**Network: 0 (riferimento)**  
**Veneto: +0,26 gg**  
**AO Padova: +0,71 gg**

**C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)**  
**Network: 21,2%**  
**Veneto: 18,2%**  
**AO Padova: 25,5%**

Sono indicati di seguito gli indicatori con una minore performance:

<b>C2a.M</b>	<b>Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico</b>	<b>0,25</b>
<b>C2a.C</b>	<b>Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico</b>	<b>0,71</b>

<b>C7</b>	<b>Materno-Infantile</b>	
<b>C7.1</b>	% cesarei depurati (NTSV)	<b>25,49</b>
<b>C7.3</b>	% episiotomie depurate (NTSV)	<b>32,42</b>
<b>C7.6</b>	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<b>5</b>

Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, evidenziando quale sia stato lo sforzo compiuto da ciascuna Azienda per migliorare la performance da un anno all'altro, si sono inserite altre due rappresentazioni grafiche.

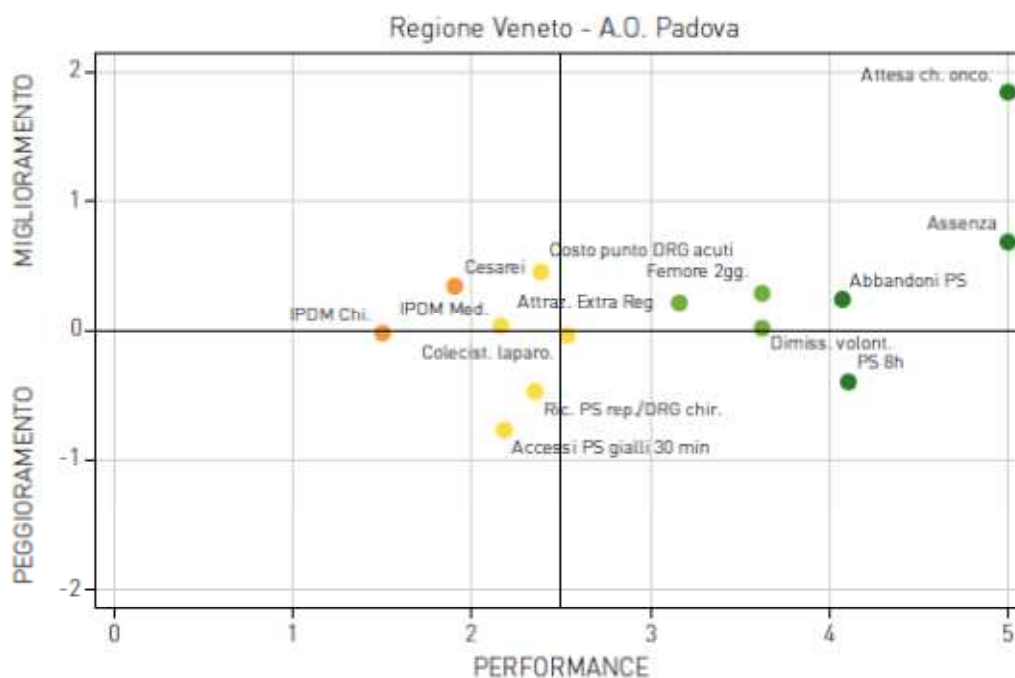
La seguente barra in pila restituisce, per l'Azienda Ospedale-Università Padova, il trend tra il 2017 e il 2018, rappresentando la percentuale di indicatori migliorati, peggiorati o stabili.

### Andamento indicatori - Trend 2017-2018



La mappa di performance che indica (per una selezione di indicatori), da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso (asse x) e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente, rappresentata nell'asse verticale y, calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2018-2017, riproporzionata, attraverso il confronto con le altre Aziende, in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2.

### Mappa Performance Trend 2017-2018



Per il 2019, alla luce del monitoraggio regionale su questi indicatori, l'andamento risulta positivo, con un punteggio di 4,5 (la valutazione è compresa tra 0 e 5); permane in fascia critica il C2a.C-indice di performance della degenza per DRG Chirurgici.

#### 4. Linee strategiche

Le linee strategiche aziendali ricalcano le aree degli obiettivi regionali, cui si aggiungono alcune linee strategiche specifiche dell'Azienda Ospedale-Università Padova:

Area	
Assistenza distrettuale (per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale e il SUEM)	Linee strategiche regionali
Assistenza ospedaliera	
Processi di supporto	
Adeguamento dotazione schede ospedaliere	Linee strategiche aziendali
Acquisizione S. Antonio	
Attuazione atto aziendale	
Prevenzione della corruzione	

Ciascun obiettivo strategico è stato articolato nel dettaglio, al fine di favorirne il raccordo con la programmazione direzionale e di consentirne la misurazione, tramite specifici indicatori.

Le tabelle seguenti illustrano gli obiettivi aziendali e gli indicatori individuati, distinguendo quelli derivanti dalla programmazione regionale 2019 (definiti con DGR n. 248 dell'08/03/2019) e quelli di fonte aziendale (A).

**Pre-requisiti**

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Equilibrio economico finanziario	Rispetto del Risultato economico programmato	R	-10.964.078 (pre-consuntivo)	>= 0 €	>= 0 €	>= 0 €	Contabilità e Bilancio
Corretta gestione dei flussi ministeriali	Indicatori di completezza e qualità dei flussi informativi	R	Monitoraggio 3°trim: indicatori critici: Flusso consumi DM, SDO: chiusura, % schede di rendicontazione economica compilate studi registro regionale	Soglie regionali	Soglie regionali	Soglie regionali	DMO, CDG, Farmacia, Provveditorato

**Assistenza distrettuale:**

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	Intervallo di Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	R	18'	<=18'	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	R	100%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	R	100%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO

% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	R	99%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	R	100%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe P, G1*) con tempo di attesa come da normativa	R	99%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe P, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	R	99%	>=95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO

**Assistenza Ospedaliera:**

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS	Durata di accesso di Pronto Soccorso	R	90° percentile ≤ 4 ore (240 minuti)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo Farmaceutica Acquisti diretti	R	109.630.843 (pre-consuntivo)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Importo File F	A	83.413.346 (pre-consuntivo)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo dispositivi medici	R	66.096.990 (pre-consuntivo)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo IVD	R	22.910.299 (pre-consuntivo)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	R	126,6 (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	R	16/19 positivi (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
Riduzione tempi di attesa per gli interventi chirurgici	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	R	80% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	R	76% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	R	3,05 (valutaz da 0 a 4) (monit sett)	Soglie regionali (si considerano anche il miglioramento rispetto al 2019 e le soglie di volume DM70)	Soglie regionali	Soglie regionali	DMO
Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV	Valore degli indicatori del network specifici per le Az. Osp. Univ.	R	4 (valutaz da 0 a 5) (monit sett)	Rispetto degli standard o miglioramento rispetto al 2019	Rispetto degli standard o miglioramento rispetto al 2020	Rispetto degli standard o miglioramento o rispetto al 2021	DMO
Aumento/mantenimento attività	N. ricoveri	A	60.050 (pre-consuntivo)	>=2019	>=2020	>=2021	DMO
	N. prestazioni per esterni	A	6.263.961 (pre-consuntivo)	>=2019	>=2020	>=2021	DMO
	N. atti operatori	A	52.020 (pre-consuntivo)	>=2019	>=2020	>=2021	DMO
Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	Numero di studi approvati nell'anno	R	-53% rispetto al 2018 (monit sett)	>=anno precedente	Soglia regionale	Soglia regionale	NRC
	Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici	R	48 gg (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	NRC

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	R	1% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero non di alta complessità	R	14% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Miglioramento dell'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	R	17,8% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	R	11 (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	R	Inviati 3 report	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO

**Processi di supporto:**

Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	R	In corso di definizione	<=0	<=0	<=0	Contabilità e Bilancio
	Costo del Personale	R	220.256.402 (pre-consuntivo)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Risorse Umane
Efficienza finanziaria	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	R	-12,66 (monit sett)	<=0	<=0	<=0	Contabilità e Bilancio



Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	R	9,98 (monit sett)	<=0%	<=0%	<=0%	Contabilità e Bilancio
Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	R	L'attività svolta è in linea con quanto previsto nel Piano di Audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit. Rendicontazione semestrale e di fine anno	Nei tempi previsti dai rapporti di audit. Rendicontazione e semestrale e di fine anno	Nei tempi previsti dai rapporti di audit. Rendicontazione e semestrale e di fine anno	Internal Audit
Internal Audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	R	Inviata relazione al Dir.Amm.il 17/12/2019	Completo sviluppo del Piano nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda 0	Completo sviluppo del Piano nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda 0	Completo sviluppo del Piano nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda 0	Internal Audit
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Attività previste dalla Regione	R	Piano rispettato, con attivazione Portale del Cittadino al 30.6.2019	Soglie regionali	Soglie regionali	Soglie regionali	DMO, IT
Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Completamento fasi _____ del cronoprogramma illustrato al primo incontro del comitato permanente Enti Sottoscrittori dell'accordo del 31/07/2018	R	70% (monit sett)	Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Entro il 31/12/2022	Tecnico
Rispetto delle tempistiche nell'acquisto e collaudo degli investimenti non edilizi approvati e finanziati	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	R	63% (monit sett)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Provveditorato
Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	R	100%	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO Rischio Clinico
	N° schede di segnalazione pervenute al RM	R	105 al mese	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO Rischio Clinico

deliberazione n. 104 del 31/1/2020 pagina 41 di 50

Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	R	Sì	Sì	Sì	Sì	Affari Generali
Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019	Recupero di eventuali impegni 2019 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2020	R	Sì	Sì	Sì	Sì	Controllo di Gestione
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	% richieste puntualmente soddisfatte	R	100%	100%	100%	100%	Internal Audit

#### Adeguamento dotazione schede ospedaliere

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-consunt.)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Implementazione piano di adeguamento dotazione schede ospedaliere	Realizzazione attività connesse all'adeguamento delle schede ospedaliere	A		Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Entro il 31/12/2022	DMO
	Realizzazione attività connesse all'attuazione dell'atto aziendale	A		Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Entro il 31/12/2022	DMO
	Realizzazione attività connesse al passaggio del S. Antonio	A		Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Entro il 31/12/2022	DMO

#### Prevenzione della corruzione:

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-cons)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
Azioni volte alla prevenzione della corruzione e trasparenza	Attività formative in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e codice condotta	A		Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Entro il 31/12/2022	RPCT

Descrizione Obiettivo	Indicatore	Reg/Az	Valore 2019 (pre-cons)	Soglia 2020	Soglia 2021	Soglia 2022	Referente obiettivo
	Incontri con referenti per analisi dei rischi mappati e misure inserite nel PTPCT	A		Entro il 30/06/2020			RPCT
	Monitoraggio regole per richiesta e valutazione MD in visione gratuita e/o comodato d'uso gratuito	A		Entro il 31/12/2020			RPCT
	Revisione Regolamento Ricerca clinica e regolamentazione sulle modalità di accesso e gestione del fondo "no profit"	A		Entro il 31/12/2020			RPCT
	Costituzione di un tavolo permanente anticorruzione e trasparenza a supporto delle attività RPCT	A		Entro il 31/12/2020			RPCT
	Aggiornamento del PTPCT 2020/22 conseguente a nuova organizzazione aziendale area sanitaria e OSA	A		Entro il 31/12/2020			RPCT

## 5. Sistema di misurazione e valutazione della performance

Partendo dal principio che la valutazione dell'attività deve fare riferimento all'amministrazione nel suo complesso, partendo dalla valutazione della performance organizzativa fino a scendere a quella individuale, l'assegnazione di obiettivi e risorse si basa, nell'Azienda Ospedale-Università Padova, sui seguenti documenti:

- **Piano delle Performance** (Piano triennale di valutazione degli obiettivi, secondo la definizione della DGRV n. 140/2016), documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno a scorrimento entro il 31 gennaio. Contiene l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie per il triennio, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.
- **Documento di Direttive**, formulato annualmente allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget, ai sensi della L.R. n. 55/1994. Indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.
- **Budget dei centri di responsabilità**, che individuano, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate, ai sensi della L.R. n. 55/1994.
- **Documenti di Valorizzazione Individuale (DIV)**, che raccolgono in un unico documento gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività, sia alle progressioni orizzontali.

L'immagine seguente illustra i diversi livelli della pianificazione/programmazione aziendale, dando evidenza dei corrispondenti documenti approvati dall'azienda ai sensi della normativa vigente.



Gli obiettivi strategici daranno origine ad obiettivi aziendali di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

Il successivo **processo di budget**, svolto ai sensi della L.R. Veneto 55/1996, permetterà di assegnare a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi.

Infine, il processo aziendale di **valutazione della performance individuale** permetterà di valutare il contributo del singolo dipendente, grazie al Documento Individuale di Valorizzazione.

Nei successivi sotto-paragrafi si dà descrizione di questi due importanti processi aziendali, che permettono di dare compiuta attuazione al Ciclo di Valutazione della Performance previsto dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e dalla DGR 140/2016, rimanendo nell'ambito delle disposizioni regionali in materia di programmazione e controllo e dei CCNL in materia di sistemi premianti.

## 5.1 Processo di budget

Attraverso il processo di budget, condotto ai sensi della L.R. 55/1994, si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo della U.O.C. Controllo di Gestione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata quale Centro di Responsabilità è la scheda budget, negoziata in appositi incontri dedicati a inizio anno.

In corso d'anno gli obiettivi di budget vengono monitorati dalla U.O.C. Controllo di Gestione, che pubblica in un portale dedicato le schede di monitoraggio.

A fine anno, si avvia il processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget e la misurazione della performance.

Di seguito si riportano i tempi del ciclo della Performance:

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Piano Performance triennale												
Documento Direttive dell'anno in corso												
Predisposizione e negoziazione schede di budget												
Eventuali modifiche alle schede di budget												
Approvazione schede di budget anno in corso e firme Direttori												
Monitoraggio obiettivi di budget												
Incontri di monitoraggio												
Valutazione performance organizzativa anno precedente												
Valutazione performance individuale anno precedente												
Redazione Relazione sulla Performance anno precedente												
Verifiche da parte dell'OIV												
Validazione da parte dell'OIV												

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa. Gli obiettivi non pesati presenti nella scheda sono inseriti a fini programmatori.

E' istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione che valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance; verifica l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'azienda. In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il grado di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando eventuali criticità del processo di valutazione.

## 5.2 Processo di valutazione della performance individuale

Dalla valutazione della *performance* dell'organizzazione si arriva alla valutazione della *performance* individuale, con cui l'Azienda intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

La certificazione di tale riconoscimento può avvenire soltanto mediante l'individuazione di un percorso condiviso che permetta uno sviluppo professionale sia economico che giuridico ai dipendenti, determinando degli elementi oggettivi di verifica consentendo di:

- Chiarire gli obiettivi professionali aziendali;
- Monitorare le prestazioni;
- Valutare le prestazioni;
- Comunicare e condividere la valutazione individuale.

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

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, e viene applicato in maniera differenziata per il personale del comparto e per il personale dirigente, in accordo ai rispettivi Contratti Integrativi Aziendali, come di seguito descritto.

A supporto alla compilazione dei Documenti di Valorizzazione Individuale, è stato predisposto un ambiente informatico, in cui vengono archiviati tutti i documenti di valutazione, consultabili dai soggetti valutatori mediante accesso con utenza personale. La versione definitiva di tale documento viene sottoscritta da valutatore e valutato ed archiviata in forma cartacea all'interno del fascicolo personale custodito presso la U.O.C. Risorse Umane.

### 5.2.1 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. Tale processo effettua il raccordo tra la performance organizzativa e la performance individuale con:

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

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

La performance individuale viene determinata considerando i 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 rapporto 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 di Valorizzazione Individuale**.

Il Documento di Valorizzazione Individuale (DIV) è composto da due aree:

- *Area della capacità* - Legata all'incentivazione per la produttività
- *Area della conoscenza* - Relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale

I soggetti preposti alla valutazione della performance individuale ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti sono il Direttore di Struttura, in sua assenza Direttore di Dipartimento, 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 quanto concerne il coordinatore, il secondo valutatore viene individuato tra i referenti della UOC Direzione delle Professioni Sanitarie, considerando l'area di afferenza.

Per i dipendenti in disaccordo con la valutazione espressa, è prevista la procedura del ricorso ad un collegio composto da tre componenti, come indicato nella Deliberazione del Direttore Generale n.1022 del 24/08/2017.

Le risorse finalizzate alla remunerazione della performance individuale (incentivazione per la produttività) 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, nel rispetto delle modalità concordate nella contrattazione integrativa.

### 5.2.2 Personale della Dirigenza

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione dell'area della dirigenza è disciplinato attraverso accordi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria. Tale processo effettua il raccordo tra la performance organizzativa e la performance individuale con:

- Individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, misurati e attestati dall'OIV (performance organizzativa).
- Ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo dirigente (performance individuale).



La performance individuale viene determinata considerando i 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 rapporto 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 PTA);
- Punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento di Valorizzazione Individuale.

Il documento di Valorizzazione Individuale (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di quattro criteri di verifica:

- *Relazione* (capacità di lavorare con l'equipe);
- *Autonomia e Responsabilità*;
- *Impegno*;
- *Attività scientifica, didattica e aggiornamento* (non valutato per la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa).

Per l'area della Dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa, in sua assenza Direttore di Dipartimento. Per il dirigente incaricato di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale, il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo. Per il dirigente Direttore di Dipartimento, il D.I.V. verrà compilato dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

Per i dirigenti in disaccordo con la valutazione espressa, è prevista la procedura del ricorso ad un collegio composto da tre componenti, come indicato nella Deliberazione del Direttore Generale n.241 dell'1/03/2019.

Per quanto riguarda la ricaduta sulla retribuzione correlata al risultato, gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato suddivisa tra il personale in servizio, 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.

## **ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

La presente deliberazione e' stata pubblicata in copia all Albo di questa Azienda Ospedaliera di Padova per 15 giorni consecutivi dal

**Il Direttore**  
**UOC AFFARI GENERALI**  
**(Avv.Maria Grazia Cali)**

---

## **CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'**

La presente deliberazione e' divenuta esecutiva il 31/1/2020

**Il Direttore**  
**UOC AFFARI GENERALI**  
**(Avv.Maria Grazia Cali)**

---

Copia composta di n°50 fogli ( incluso il presente ) della delibera n. 104 del 31/1/2020 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

**Il Direttore**  
**UOC AFFARI GENERALI**  
**(Avv.Maria Grazia Cali)**

---