

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

**Delibera del Direttore Generale n. 1846 del 09/09/2022**

OGGETTO: Adempimenti ai sensi della L.R. 55/94 e dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.: integrazione

NOTE TRASPARENZA: Adempimenti ai sensi della L.R. 55/94, del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e della DGRV 140/2016 - integrazione

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

A conclusione del Ciclo della performance relativo all'anno 2021, con DDG n. 1353 del 30/06/2022, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha adottato la relazione sulla performance anno 2021 entro la scadenza del 30/06/2022. La relazione è stata redatta secondo le vigenti disposizioni normative, in particolare:

- DGRV n. 140/2016.
- D.Lgs. n. 150/2009;
- L.R. n. 55/1994;

Tuttavia alla data del 30/06/2022 non erano ancora disponibili i risultati della valutazione individuale e della valutazione dei singoli centri di Responsabilità, in quanto i rispettivi processi risultavano ancora in corso. Si rende pertanto necessario aggiornare la Relazione sulla performance alla luce della conclusione della valutazione individuale e della valutazione dei singoli Centri di Responsabilità per il 2021, integrando la precedente Relazione.

Inoltre, poichè risultano nel frattempo pervenuti dei report consuntivi da parte della Regione in merito ad alcuni obiettivi, definiti con DGR n. 958 del 13/07/2022, si è modificata la Relazione nello specifico dell'obiettivo sul rispetto del limite di costo sui dispositivi medici.

Si approvano pertanto la Relazione sulla Performance e il suo allegato, che costituiscono parte integrante al presente provvedimento e che sostituiscono i precedenti.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 all'art. 14, comma 4, lettera c), la Relazione sulla Performance 2021, così integrata e rettificata, è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione e, successivamente alla sua approvazione con delibera, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

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

**IL DIRETTORE GENERALE**

**PRESO ATTO** della suesesa 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;

**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. n. 29 del 26.02.2021.

**DELIBERA**

1. di approvare la Relazione sulla performance anno 2021, nella versione integrata e rettificata, come da premessa, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b), e dalla DGRV n. 140 del 2016, allegandola come parte integrante al presente provvedimento;
2. di pubblicare la Relazione sulla Performance anno 2021 sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Direttore Generale

Dr. Giuseppe Dal Ben

F.to Dott. Fabio Perina come da nota prot. n. 57773/2022 giusta Delibera n. 1457/2022

Azienda Ospedale-Università Padova



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

(art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.)

## Indice

<b>1</b>	<b>Presentazione della relazione</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni</b>	<b>5</b>
2.1	La normativa di riferimento	5
2.2	L'Azienda Ospedale-Università in cifre	8
<b>3</b>	<b>Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti</b>	<b>24</b>
3.1	Gli obiettivi strategici	24
3.2	Gli obiettivi operativi	50
3.3	Performance individuale - obiettivi individuali	51
3.3.1	Sistema di valutazione	51
3.3.2	Sintesi delle valutazioni	57
<b>4</b>	<b>Risorse, efficienza ed economicità</b>	<b>70</b>
4.1.1	Evoluzione della performance economica dell'azienda	70
4.1.2	Evoluzione dei tempi medi di pagamento	71
<b>5</b>	<b>Il processo di redazione della Relazione sulla <i>performance</i></b>	<b>77</b>

## Premessa

A conclusione del Ciclo della performance relativo all'anno 2021, con DDG n. 1.353 del 30/06/2022, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha adottato la "Relazione sulla performance anno 2021".

Tuttavia alla data del 30/06/2022 (scadenza definita dal D.Lgs. n. 150/2009) non erano ancora completati il processo relativo alla performance individuale e quello relativo alla valutazione dei singoli Centri di Responsabilità.

La relazione seguente quindi riprende quella già approvata con DDG n. 1.353 del 30/06/2022, integrandola con le suddette parti allora mancanti, validate dall'OIV, come da verbale del 06/09/2022. Il documento ripropone quanto già presente nella versione approvata a giugno, al fine di assicurare una migliore leggibilità e coerenza, mentre aggiorna il capitolo "3.2 Gli obiettivi operativi" con i risultati finali conseguiti dai Centri di responsabilità e il "3.3 Performance individuale - obiettivi individuali" con nuove informazioni su processo e risultati registrati.

Sui capitoli già presenti, si evidenzia che è stata apportata solamente una rettifica relativamente agli obiettivi regionali sul tetto dei dispositivi medici, in quanto, secondo l'ultimo report ricevuto dalla Regione il 23/08/2022, risultano accolte le giustificazioni riportate da questa Azienda in Regione (vedasi pag.37) con nota prot. 38697 del 03/06/2022.

## 1 Presentazione della relazione

La Relazione sulla Performance costituisce, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, modificato dal D.Lgs. 74/2017, lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholders, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

Come indicato dal citato decreto e dalle *Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale* veneto (DGRV n. 140/2016), la Relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

In riferimento alle finalità sopradescritte, è auspicabile che la Relazione sia un documento snello e comprensibile e che sia accompagnato, ove necessario, da una serie di allegati che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio. In generale, il documento deve essere ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009, la Relazione deve essere approvata entro il 30 giugno e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Tale disposizione è stata fatta propria dalla Regione Veneto che, con DGR 140/2016, ha disposto che il Documento di Validazione della Relazione sulla performance sia redatto dall'OIV all'interno della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

Per l'Azienda Ospedale-Università Padova gli obiettivi da conseguire nell'anno 2021, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nei seguenti documenti: Piano della Performance 2021-2023 (DDG n. 140 del 29/01/2021), Documento di Direttive 2021, approvato con DDG n. 798 del 06/05/2021. Come per il 2020, anche nel 2021 l'emergenza Covid-19 è il fattore che ha avuto il maggior impatto nell'organizzazione e nell'attività dell'Azienda a tutti i livelli, compreso il sistema di programmazione e controllo e le performance aziendali.

## 2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni

### 2.1 La normativa di riferimento

Gli atti aziendali relativi al ciclo di programmazione e valutazione della performance tengono conto e soddisfano i seguenti riferimenti normativi:

#### **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è lo strumento che dovrà dare attuazione, in Italia, al programma “Next Generation EU”. Attraverso il PNRR l’Italia opererà un vasto programma di riforme, tra cui Pubblica Amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione, concorrenza, fisco, accompagnato da adeguati investimenti. L’azione di rilancio del Piano è guidata dagli obiettivi di policy e interventi connessi ai tre assi strategici condivisi a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione,
- transizione ecologica,
- inclusione sociale.

Il Piano si articola in sedici Componenti, le quali sono raggruppate in sei Missioni:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca
5. Inclusione e coesione
6. Salute

In particolare nella sezione della sanità, il Piano elenca i problemi resi ancora più evidenti dalla pandemia Covid-19 ed evidenzia l’importanza delle tecnologie, delle competenze (digitali, professionali e manageriali), per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione.

La missione si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Il 12/01/2022 si è svolta la Conferenza Stato-Regioni in cui si è dato il via libera alla ripartizione dei fondi del PNRR e del Piano per gli Investimenti per la sanità: sono circa 8 miliardi, di cui circa 583 milioni per la Regione Veneto.

## **Normativa relativa alla programmazione del Servizio Sanitario della Regione Veneto:**

- **DGR n. 614 del 14/05/2019** “Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere”.
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48/2018.
- **DGR n. 958 del 13/07/2021** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2021”.
- **Decreto Regionale n. 30 del 23/03/2021** “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per il 2021”, poi modificato con Decreto n. 108 del 14/10/2021.
- **Decreto Regionale n. 80 del 30/07/2021** “disposizioni per l’anno 2021 in materia di personale del SSR - obiettivi di costo anno 2021”, poi modificato con Decreto Regionale n. 128 del 16/11/2021.
- **DGR n. 640 del 20/05/2021** “Recepimento dell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni sul documento “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)”
- **DGR n. 552 del 05/05/2020** “Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici” e **DGR n. 782 del 16/06/2020** “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” con cui è stata data attuazione delle misure in materia sanitaria previste dal **Decreto-legge n. 34 del 19/05/2020** (convertito in Legge, con modificazioni, dalla Legge n. 77 del 17/07/2020), cd. decreto “Rilancio”. Con questa DGR, la Regione approva una serie di documenti, tra i quali un “Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid”. Tale Piano prevede nello specifico:
  - a) l’incremento di posti letto di terapia intensiva;
  - b) la riqualificazione di posti letto di area semi-intensiva;
  - c) la realizzazione di strutture movimentabili;
  - d) la riqualificazione della rete di emergenza urgenza ospedaliera;
  - e) il potenziamento del sistema di soccorso di emergenza territoriale e in particolare del SUEM.
- **DGR n. 1801 del 22/12/2020** “Approvazione del documento recante “Linee di indirizzo per l’organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19”.
- **Decreto Legge n. 44 del 01/04/2021** che ha sancito l’obbligo vaccinale per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario; con il **Decreto Legge n. 172 del 26/11/2021** l’obbligo viene esteso ad altre categorie, compreso il personale amministrativo delle Aziende Sanitarie.



#### **Normativa relativa alla valutazione:**

- **D.Lgs n. 150/2009, modificato dal D.Lgs. n. 74/2017**, “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”.
- **DGR n. 2172 del 23/12/2016** “Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR”.
- **DGR 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.
- **CCNL 2016-2018** relativo al personale del **Comparto Sanità** sottoscritto in data 21 maggio 2018.
- **CCNL 2016-2018** relativo alla Dirigenza dell’Area **Sanità** sottoscritto in data 19 dicembre 2019.
- **CCNL 2016-2018** relativo al personale dell’Area delle Funzioni Locali, Sezione Dirigenti P.T.A. del SSN, sottoscritto in data 17 dicembre 2020.

#### **Normativa di carattere generale:**

- **D.Lgs n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n. 97/2016**, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **D.P.R. n. 62/2013** che ha approvato il nuovo Codice di comportamento per i dipendenti 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.

## 2.2 L'Azienda Ospedale-Università in cifre

L'Azienda Ospedale-Università Padova (in seguito AOUP) è 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 individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 quale Ospedale *Hub* di eccellenza di rilievo regionale.

Gli Hub di eccellenza sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono la competenza necessaria per la gestione delle casistiche più complesse, anche grazie alla disponibilità delle tecnologie più innovative. Sono caratterizzati dalla sinergica cooperazione istituzionale con le Università di riferimento, dall'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca, e dalla partecipazione alle reti nazionali oltre che dalla cooperazione con i centri ospedalieri di maggior prestigio internazionale. Gli Hub garantiscono lo sviluppo delle pratiche cliniche e l'introduzione delle innovazioni derivate dalla ricerca nella pratica ospedaliera, contribuendo al miglioramento continuo dei livelli di assistenza della rete ospedaliera regionale. Supportano le strutture della rete ospedaliera regionale nella gestione delle casistiche complesse sia attraverso modelli di centralizzazione dei pazienti, anche per la sola fase acuta del percorso assistenziale (facilitando poi una presa in carico da parte delle strutture ospedaliere di prossimità per la gestione della fase post-acuta), sia attraverso lo sviluppo di modelli di consulenza da garantire anche con strumenti informatici.

La valenza dell'AOUP, quale *hub* anche a proiezione nazionale, è evidenziata dalla molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali, previsti dalla DGR n. 614 del 16 maggio 2019 che definisce le nuove schede di dotazione ospedaliera. Tale provvedimento riconosce per l'AOUP una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992 (es. grandi ustioni, cardiologia medico-chirurgia compresa quella pediatrica, etc.).

La DGR n. 614/2019 ha individuato le seguenti funzioni quali strutture/centri di riferimento regionali:

1. Andrologia e Medicina della Riproduzione: Struttura di riferimento regionale
2. Cardiochirurgia: Struttura di riferimento regionale
3. Centro Regionale Malattie Rare: Centro regionale per il bambino maltrattato
4. Laboratorio Analisi: Centro regionale per la qualità in medicina di laboratorio
5. Medicina TrASFusionale: attività di plasmaferesi a valenza regionale.
6. Microbiologia e Virologia: struttura di riferimento regionale per la Virologia
7. Patologia Cardiovascolare: Sede del Registro della Patologia Cardio-cerebro-vascolare
8. Tossicologia Forense: struttura di riferimento regionale per lo sviluppo del modello assicurativo regionale.

Presso l'AOUP sono attive le sedi operative dei seguenti Coordinamenti Regionali:

- Coordinamento Regionale delle Malattie Rare, al quale afferiscono:
  - Registro regionale delle nascite
  - Registro regionale delle malattie rare

- Coordinamento Regionale per i Trapianti.

Con specifiche deliberazioni la Regione Veneto ha individuato i seguenti Centri regionali ubicati presso AOUP:

1. Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (DGR n. 3540 del 19 ottobre 1999);
2. Centro Regionale per l'ipovisione infantile e dell'età evolutiva dal 1999 e confermato nel 2003;
3. Centro di riferimento per la diagnosi e la cura della Sensibilità Chimica Multipla (DGR n. 1535 del 10 ottobre 2016);
4. Centro Regionale di Riferimento per la Diagnosi e la Certificazione della Celiachia in età pediatrica (DGR n. 426 del 06 aprile 2017)
5. Centro Regionale per le Tecnologie della Teleriabilitazione e il Termalismo (CERTTT) (DGR n. n. 538 del 27 aprile 2021)
6. Centro regionale per lo sviluppo della ricerca traslazionale nell'ambito della chirurgia epatica oncologica (DGR n. 1862 del 29 dicembre 2021);
7. Centro Regionale per la Terapia Cellulare del Diabete (TDC) (DGR n. 587 del 20 maggio 2022).

Per quanto riguarda i Centri Regionali Specializzati, la DGR 14/2011 li definisce come “strutture che svolgono attività di rilevanza clinica, di ricerca e di supporto alle reti cliniche definite nel Piano SSR, collocati all'interno di strutture Aziendali (Az. ULSS, Ospedaliere, sperimentazioni gestionali o IRCCS) ma non finanziati dalla Regione.

Per essere riconosciuti a livello regionale devono possedere i seguenti requisiti:

- essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure;
- qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale;
- produzione scientifica riconosciuta a livello nazionale e internazionale;
- attività di formazione su scala regionale.

All'interno del Sistema Sanitario Regionale i centri specializzati:

- garantiscono, sulla base degli indirizzi formulati dalla Regione, supporto alle reti clinico/assistenziali;
- concorrono al raggiungimento degli obiettivi di programmazione sanitaria;
- svolgono attività formativa e di aggiornamento rivolta al personale sanitario interno alla propria azienda ovvero di altre aziende sanitarie al fine di sviluppare conoscenze e competenze, garantendo nel tempo la continuità e la qualità delle attività svolte.

Con la DGR n. 2707 del 29.12.2014, integrata dalla successiva DGR n. 285 del 10.03.2015, sono stati riconosciuti i Centri Regionali Specializzati delle strutture Ospedaliere pubbliche qualificate hub dalla DGR n. 2122/2013. Si riporta di seguito l'elenco dei Centri riconosciuti per l'AOUP.

- Centro per la sindrome di Klinefelter
- Centro di crioconservazione dei gameti maschili
- Centro di valutazione e trattamento del dolore post operatorio in età pediatrica\*
- Centro per la ricerca e cura dello scompenso cardiaco mediante sistemi avanzati di assistenza meccanica al circolo
- Centro di chirurgia delle cardiopatie congenite complesse
- Centro per la diagnosi e il trattamento dell'ipertensione polmonare
- Centro per le cardiopatie aritmiche eredo-familiari
- Centro di cardiologia interventistica avanzata e correzioni ibride delle cardiopatie congenite ed acquisite nell'infanzia
- Centro per la chirurgia tiroidea e paratiroidea
- Centro per i soggetti stomizzati
- Centro diagnosi e terapia delle malattie radio-farmaco indotte del distretto testa collo
- Centro per la diagnosi avanzata e la terapia della psoriasi e di altre patologie cutanee immunomediate e linfoproliferative
- Centro per la dermatologia pediatrica
- Centro per la ricerca, la formazione e l'assistenza nelle malattie infiammatorie croniche intestinali
- Centro regionale specializzato di terapia cellulare delle malattie metaboliche - Trapianto Multiviscerale
- Centro per l'informazione genetica
- Centro per la terapia insulinica con microinfusori
- Centro regionale specializzato per le malattie metaboliche ereditarie
- Centro per la prescrizione terapeutica di esercizio nelle patologie croniche
- Centro per la Medicina di Genere
- Centro per l'osteoporosi
- Centro per la prevenzione, diagnosi e terapia delle emofilie, trombofilie e patologie complesse dell'emostasi
- Centro regionale di riferimento per le malattie del fegato
- Centro multidisciplinare per la prevenzione, profilassi e trattamento avanzato dell'artropatia emofilica
- Centro per lo studio ed il trattamento integrato dell'obesità
- Centro di medicina legale
- Centro per la diagnosi e cura delle cefalee
- Centro per la diagnosi, l'assistenza e la ricerca nella sclerosi laterale amiotrofica e le altre malattie di motoneuroni

- Centro per la sclerosi multipla
- Centro regionale specializzato per la diagnosi avanzata e nella terapia delle malattie infiammatorie e neoplastiche oculari
- Centro per la diagnosi, cura e trattamento della malattia depreanocitica in età pediatrica
- Centro trapianto cellule staminali ematopoietiche in età pediatrica
- Centro per la cura delle patologie vertebrali
- Centro di medicina materno-fetale per le gravidanze a rischio
- Centro per la diagnosi e terapia delle vertigini
- Centro di diagnostica e caratterizzazione genetico molecolare delle malattie rare dell'età evolutiva\*
- Centro di reumatologia pediatrica
- Centro per lo studio e la cura delle allergie e delle intolleranze alimentari
- Centro di diagnosi cura e ricerca sulla discinesia ciliare nel bambino
- Centro di immunopatologia e clinica della gravidanza nelle malattie reumatiche
- Centro per il termalismo euganeo
- Centro per lo studio e la cura delle connettiviti e delle altre malattie rare di interesse reumatologico
- Centro per i disturbi dell'identità di genere
- Centro per la diagnosi e la cura della cistite interstiziale e del dolore cronico pelvico
- Centro di urologia pediatrica, dell'età evolutiva e del giovane adulto
- Centro per lo studio e la cura della ipertensione arteriosa
- Centro per il la Chirurgia Oncologica Epatobiliare e per il Trapianto di Fegato
- Centro per la Chirurgia e Riabilitazione bionica dell'Udito - Screening, Diagnosi e riabilitazione della Sordità Infantile
- Centro per il Trattamento Chirurgico Multidisciplinare delle Neoplasie Colo-rettali
- Centro delle Malattie non Oncologiche dell'Esofago

Nell'ambito delle Reti Europee di Riferimento per le malattie rare (ERN), l'AOUP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico con il riconoscimento, a livello europeo, del più alto numero di Centri di Expertise (18 su 24 centri) nell'ambito della call 2016.

A fine settembre 2019 la Commissione Europea ha lanciato una nuova call che si è conclusa a fine novembre cui l'AOUP, acquisito l'endorsement del Ministero della Salute, si è candidata ad ulteriori 4 ERN.

Per quanto riguarda i rapporti con l'Università, secondo il protocollo d'intesa tra Regione Veneto e UNIPD, all'AOUP è riconosciuto il ruolo di azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra Servizio Sanitario Regionale e Università di Padova.

L'AOUP ha definito nell'Atto Aziendale la missione, la visione, i principi ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi, nonché i principi generali di

organizzazione e delineato la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo, disciplinando i livelli di competenza e responsabilità, con distinzione delle funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda. Nell'organigramma dell'Atto Aziendale è, inoltre, riportato l'assetto organizzativo sia dell'area ospedaliera sia dell'area non ospedaliera.

In riferimento al processo di approvazione dell'Atto Aziendale di AOUP si rappresenta che, a seguito della richiesta di revisione/integrazione da parte della Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, di alcuni contenuti presenti nell'Atto Aziendale approvato con la Deliberazione n. 676/2020 (entrato in vigore il 1° giugno 2020), la Direzione Generale ha trasmesso agli Uffici Regionale una nuova versione dell'Atto Aziendale con la Deliberazione n. 861 del 10 maggio 2021 per le relative valutazioni di competenza e la relativa approvazione.

La Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale ha approvato l'Atto Aziendale con il Decreto n. 144 del 23 dicembre 2021 per cui l'AOUP ha provveduto ad adottarlo in via definitiva con la Deliberazione del Direttore Generale n. 001 del 07 gennaio 2022.

Con la Deliberazione n. 01 del 7 gennaio 2022 è stato approvato in via definitiva l'Atto Aziendale.

Entrando nel merito dell'organizzazione, si rappresenta che sono stati individuati:

- n. 04 Dipartimenti Didattico-scientifico-assistenziale integrati (Didas)
- n. 18 Dipartimenti Funzionali Aziendali (di cui 1 di area non ospedaliera)
- n. 09 Dipartimenti Funzionali Interaziendali
- n. 91 Unità Operative Complesse di area ospedaliera (di cui 1 ad esaurimento)
- n. 10 Unità Operative Complesse di area non ospedaliera
- n. 37 Unità Operative Semplici Dipartimentali di area ospedaliera
- n. 01 Unità Operative Semplici Dipartimentali di area non ospedaliera
- n. 81 Unità Operative Semplici.

Nel sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, al seguente link <http://www.aopd.veneto.it/sez,4090>, è pubblicato l'organigramma aziendale secondo il nuovo atto aziendale.

## Ricoveri

I principali dati di attività di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica degli ultimi 3 anni sono riportati nella tabella seguente.

L'anno 2021, così come è avvenuto per l'anno 2020, risente della situazione pandemica da SARS-COV2 che ha imposto all'Azienda di rivedere la propria organizzazione rendendo di fatto le proprie linee produttive flessibili al contesto esterno.

Per l'attività di ricovero, per esempio, è stato necessario riconvertire alcune UUOO assistenziali per trattare in sicurezza i pazienti affetti da COVID; mentre per l'attività di specialistica ambulatoriale si è

ampliata l'attività di telemedicina, si è garantita la presenza del personale sanitario nella campagna vaccinale nel territorio, ed è stata mantenuta un'elevata attività nella processazione dei tamponi molecolari e antigenici.

Infine, si fa presente che dall'1 gennaio 2020 l'Ospedale S. Antonio (OSA) è passato dall'ULSS6 Euganea all'Azienda Ospedale-Università Padova; pertanto l'attività dell'anno 2019 non comprende l'attività delle UUOO che poi sono transitate in Azienda in quanto l'attività era dell'ULSS6.

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Numero Ricoveri ordinari	48.174	50.605	51.362
Numero Ricoveri diurni	12.136	10.434	10.415
Totale ricoveri	60.310	61.039	61.777
Valore DRG attività di ricovero in Euro*	273.282.197	286.492.032	298.225.092
Peso medio DRG ricoveri ordinari**	1,42	1,46	1,47
Degenza media ricoveri ordinari**	7,64	8,03	8,00
Extra Regione (RO+DH)-Mobilità	11,08%	8,99%	8,94%
% Ricoveri Urgenti**	60,52%	62,64%	64,47%
Numero ricoveri per trapianto	331	344	307
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	6.299.531	6.305.207	6.789.443
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)***	102.836.941	133.515.115	131.882.735
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto	99.344.819	130.941.219	129.118.161
N. atti operatori (escluso Sala Parto)	48.966	56.408	61.028
Accessi Pronto Soccorso	117.439	107.923	129.153
di cui Pediatrici	25.578	16.482	22.151

\* non tiene conto dell'aumento tariffario riconosciuto extra sistema sulla produzione in mobilità Intra del II semestre 2020

\*\* al netto della Lungodegenza e Riabilitazione

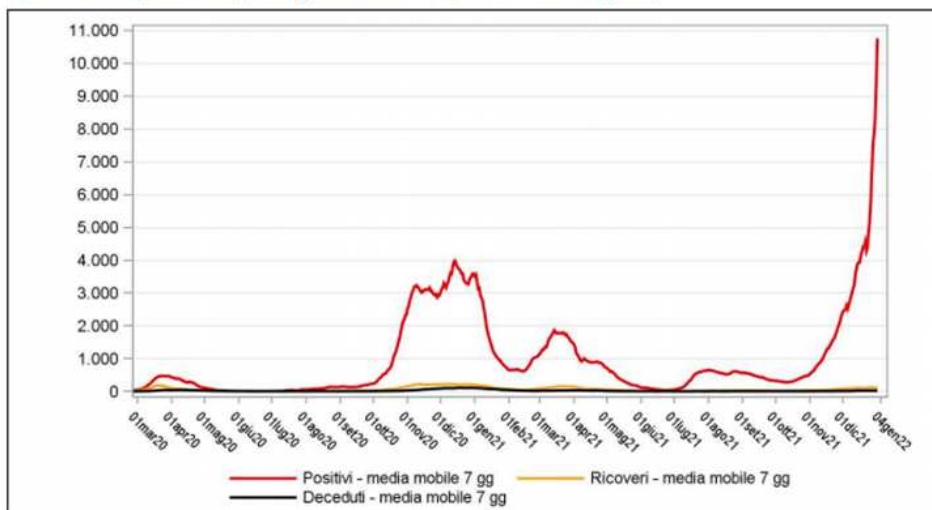
\*\*\* al lordo abbattimento come da Decreto n. 26 del 12/08/2015

Nel raggiungimento di tali attività rilevano principalmente le maggiori voci di costo di seguito riportate nella tabella:

	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
Costi personale	214.788.756	220.182.875	275.293.947	281.898.169
Costi Beni Sanitari	211.886.673	224.368.310	243.096.020	256.989.252
di cui distribuzione diretta farmaci	81.660.568	81.594.950	88.710.976	100.600.153

Nel 2021, così come avvenuto nel corso del 2020, l'Azienda Ospedale-Università Padova (AOUP) ha operato in un contesto caratterizzato dall'emergenza epidemiologica causata dal virus SARS CoV-2 (COVID). L'andamento dei casi di positività nel Veneto sono rappresentati dal grafico estratto dal "Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto - Dati aggiornati al 05/01/2022", prodotto da Azienda Zero.

Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)



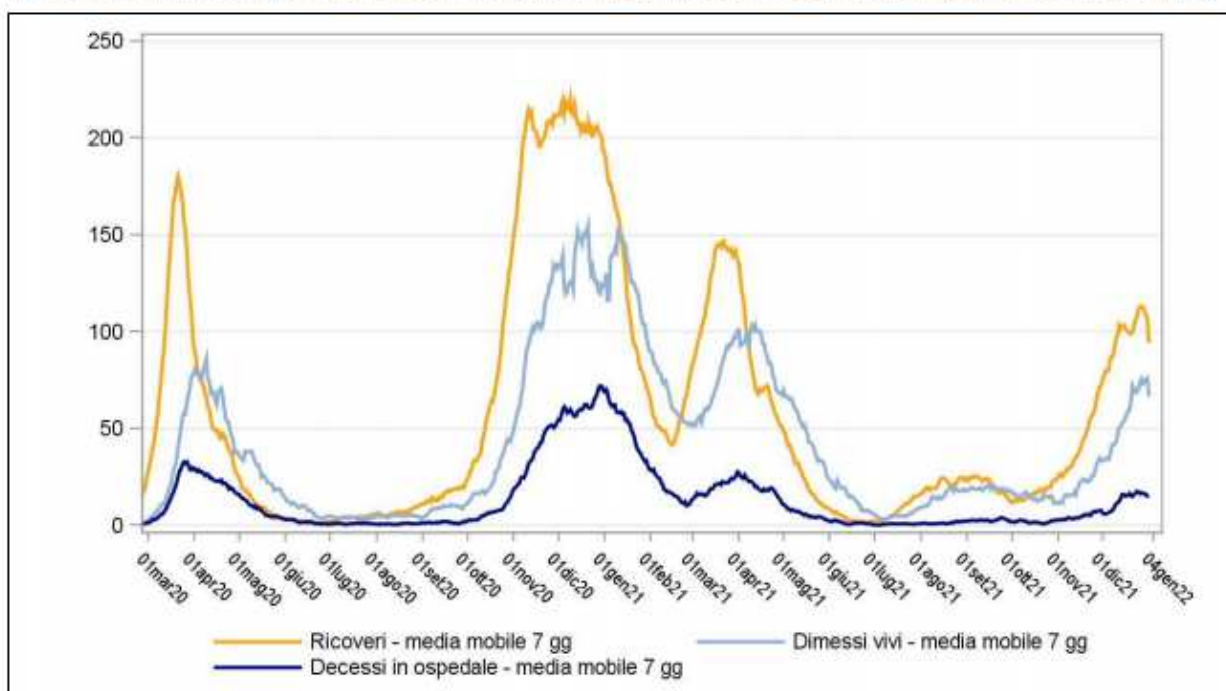
Come evidenziato dal grafico, la prima ondata di infezione da COVID risulta numericamente di portata inferiore alle successive tre ondate di contagio registrate nel corso del periodo 2020-2021.

Dopo l'estate 2020, progressivamente i livelli di contagio sono aumentati quasi a raggiungere i 4.000 casi di positività al giorno nel periodo dicembre 2020-gennaio2021; parallelamente, a partire dal mese di ottobre 2020, le curve dei ricoverati in area medica e in terapia intensiva hanno ripreso a salire esponenzialmente. Dopo un leggera flessione, ad aprile 2021 ha avuto inizio la terza ondata di contagi, accompagnata, parallelamente, dalla progressiva intensificazione della campagna di vaccinazione al fine di contrastare la catena di trasmissione. Come riportato nel grafico, a novembre 2021 la curva dei contagi ha ripreso a crescere in maniera significativa, senza tuttavia, diversamente da quanto accaduto in precedenza, un incremento di pari intensità nel livello dei ricoveri.

L'andamento dell'ospedalizzazione registrato in Veneto è rappresentato nel grafico successivo:



Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg)

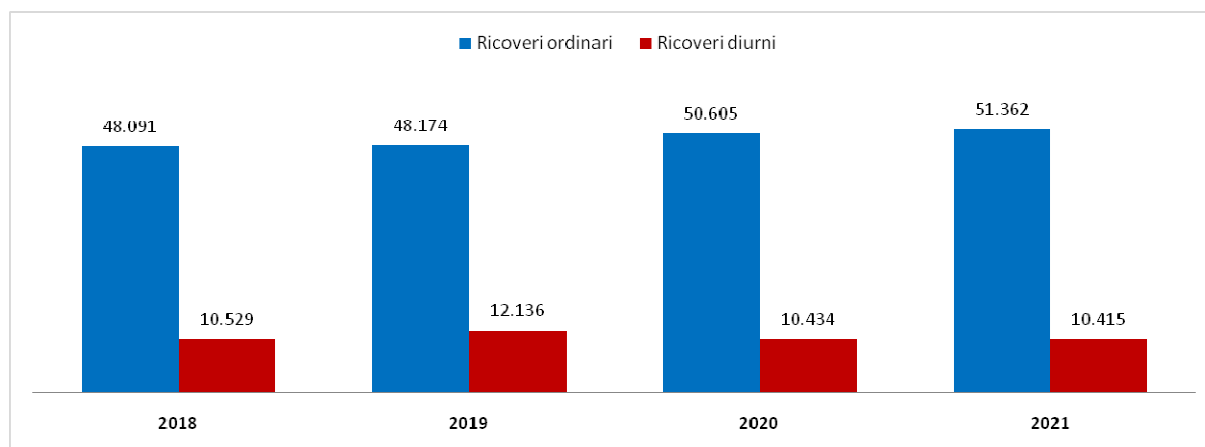


Di fatto tutte le ondate epidemiche hanno portato a rivedere la capacità di garantire le prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmate, sia per il livello di saturazione dei reparti, sia per il trasferimento degli operatori sanitari nei reparti Covid e nei punti tamponi/vaccinazioni allestiti in Azienda.

In questo contesto, l’Azienda Ospedale Università Padova (AOU) ha registrato un volume di episodi di ricovero pari a 61.777 unità. Rispetto al 2020, si registra un incremento di attività pari all’1,2%, con una leggera contrazione dei ricoveri diurni ed un incremento dell’attività ordinaria di circa 760 ricoveri.

Tabella e grafico - Numero Dimessi per regime

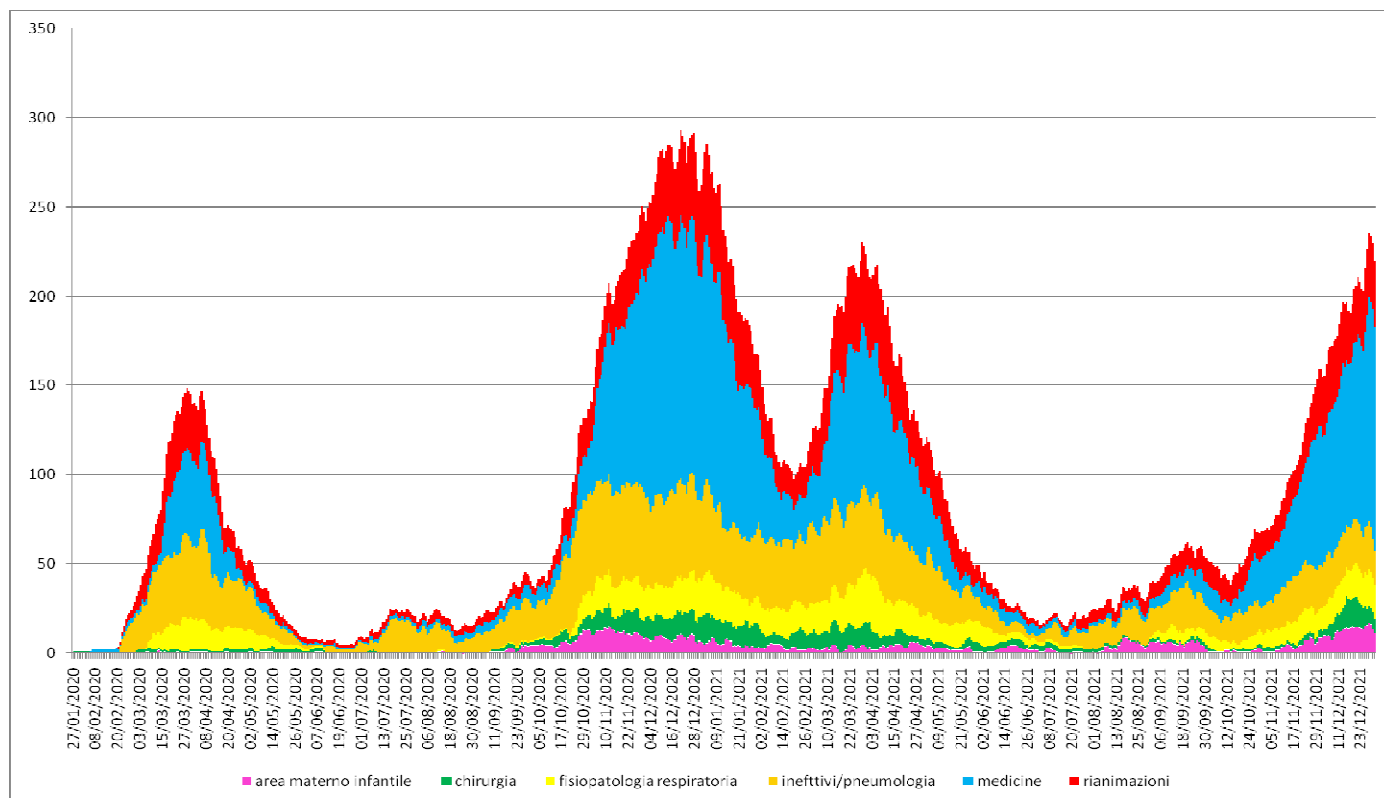
Volume ricoveri	2019	2020	2021	Delta 2021/2020	Delta % 2021/2020
Ricoveri ordinari	48.174	50.605	51.362	757	1,5%
Ricoveri diurni	12.136	10.434	10.415	-19	-0,2%
<b>Totale ricoveri</b>	<b>60.310</b>	<b>61.039</b>	<b>61.777</b>	<b>738</b>	<b>1,2%</b>



L’anno 2019 è al netto dell’attività delle UUOO OSA in quanto l’attività afferiva all’ULSS6.

Il grafico successivo rappresenta l'andamento della casistica dei pazienti ricoverati con tampone positivo al COVID in AOUP nel biennio 2020-2021 per area di assistenza. Come si può vedere, l'andamento è sovrapponibile all'andamento regionale.

Grafico - Giornate di degenza COVID



Il grafico successivo rappresenta le giornate di degenza complessive dei ricoveri ordinari e l'andamento dei ricoveri Covid e non Covid nel biennio.

Grafico - Giornate di degenza COVID e No COVID

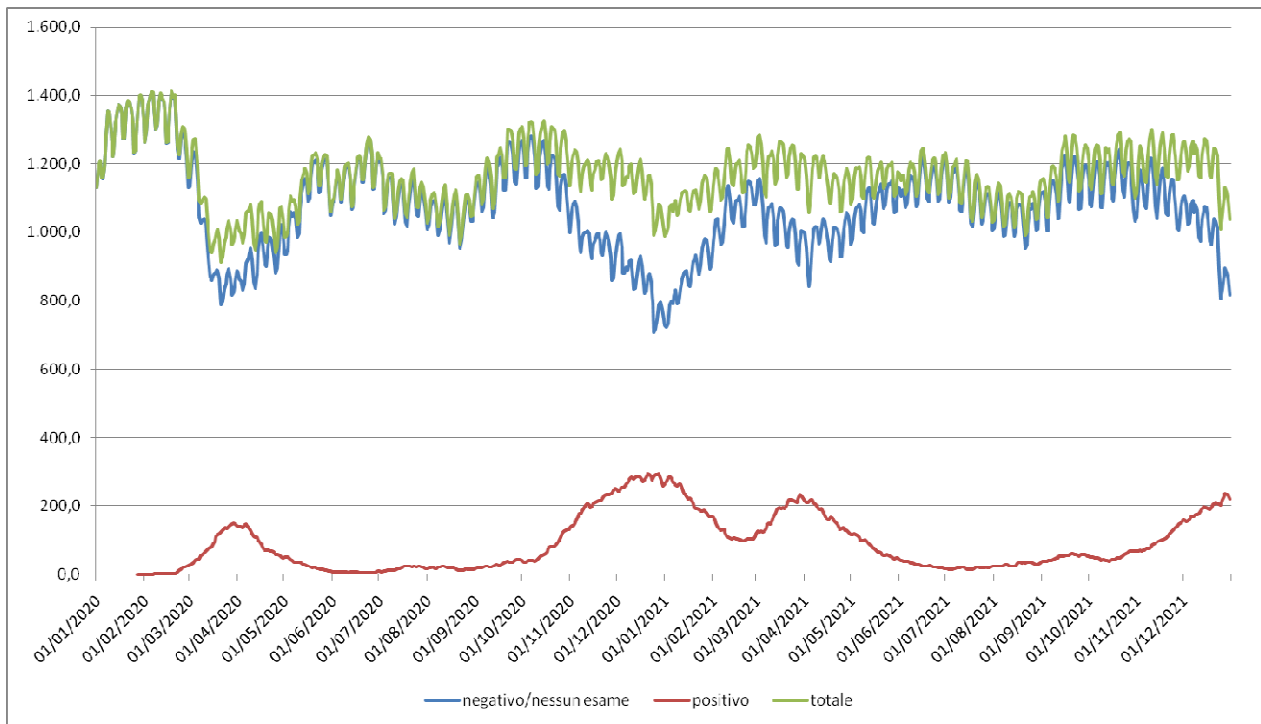
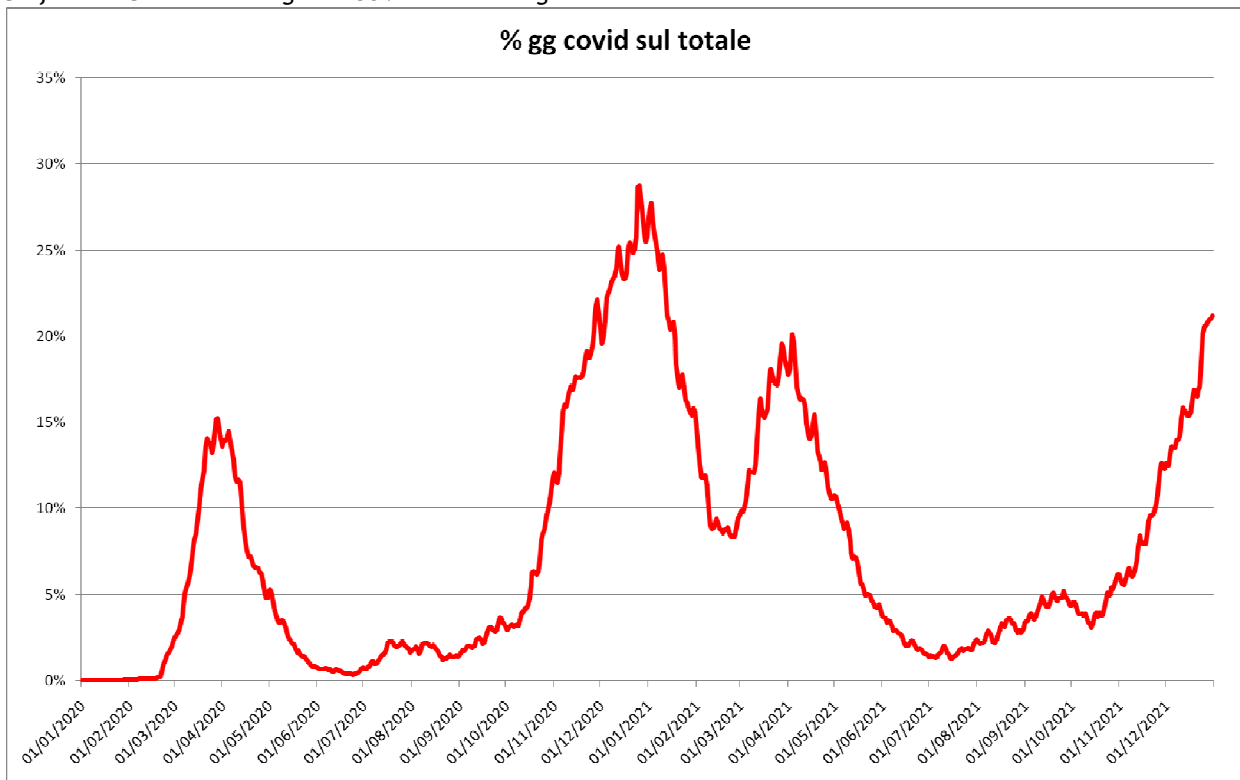


Grafico - % Giornate di degenza COVID sul totale giornate



Seguono le tabelle con i ricoveri ordinari e diurni per DIDAS.

*Tabella - Numero e Importo per area funzionale-Ricoveri Ordinari*

Anno	2019		2020		2021		Delta 2021/2020	
	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Area funzionale dim.								
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	20.480	136.076.997,33	20.979	140.522.632,18	20.488	140.574.435,32	-491	51.803
DIDDA-DIDAS SERVIZI DI DIAGNOSTICA INTEGRATA	104	173.439,10	190	346.603,15	228	316.643,54	38	-29.960
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	15.064	73.830.123,59	17.821	86.817.639,82	18.024	93.714.013,03	203	6.896.373
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	12.526	40.314.203,83	11.186	36.713.597,33	12.277	40.824.769,46	1.091	4.111.172
- LUNGO DEGENZA			429	2.004.288,45	345	1.903.542,05	-84	-100.746
<b>Totale</b>	<b>48.174</b>	<b>250.394.763,85</b>	<b>50.605</b>	<b>266.404.760,93</b>	<b>51.362</b>	<b>277.333.403,40</b>	<b>757</b>	<b>10.928.642,46</b>

La ripresa di attività 2021 rispetto al 2020 è spiegata dai volumi di ricovero ordinario in quanto, per i ricoveri diurni, si assiste ad una riduzione del 16%.

*Tabella - Numero e Importo per area funzionale-Ricoveri Diurni*

Anno	2019		2020		2021		Delta 2021/2020	
	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Area funzionale dim.								
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	4.832	8.884.127,11	5.165	10.014.920,94	4.996	10.735.467,04	-169	720.546
DIDDA-DIDAS SERVIZI DI DIAGNOSTICA INTEGRATA	16	16.409,23	3	1.971,85	3	1.971,85	0	0
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	3.477	7.780.369,62	2.242	5.006.093,70	2.368	5.283.940,42	126	277.847
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	3.811	6.206.527,18	3.024	5.064.285,00	3.048	4.963.381,62	24	-100.903
<b>Totale</b>	<b>12.136</b>	<b>22.887.433,14</b>	<b>10.434</b>	<b>20.087.271,49</b>	<b>10.415</b>	<b>20.984.760,93</b>	<b>-19</b>	<b>897.489</b>

In considerazione dello scenario epidemiologico legato al Covid-19, l'attività di ricovero è stata erogata prevalentemente a favore di pazienti intra Regione con un leggero incremento, in termini assoluti, dell'attività extra Regione nel corso del 2021 rispetto al 2020, pari allo 0,4%.

*Tabella: Attività di ricovero: Volumi in Mobilità Intra ed Extra Regione*

Anno	2019	2020	2021	Delta 2021/2020	
	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Dimessi	% Dimessi
<b>Totale</b>	<b>59.240</b>	<b>60.159</b>	<b>60.683</b>	<b>524</b>	<b>0,9%</b>
EXTRA	6.551	5.404	5.427	23	0,4%
INTRA	52.689	54.755	55.256	501	0,9%

Nel corso del 2021, il numero di organi solidi impiantati è stato di 344 unità come da tabella sotto riportata.

*Tabella: ORGANI IMPIANTATI 2019-2021-fonte Centro Regionale Trapianti*

	2019	2020	2021
<b>Totale</b>	<b>353</b>	<b>349</b>	<b>344</b>
Cuore	30	37	26
Polmone	32	21	25
Fegato	100	93	100
Fegato vivente	1	2	2
Rene Adulto	119	133	112
Rene Adulto da vivente	55	43	48
Pancreas	7	12	19
Rene Pediatrico	7	6	11
Rene Pediatrico da vivente	2	2	1

## Atti operatori

Rispetto all'anno 2020, l'attività chirurgica 2021 registra un aumento nei volumi pari all'8%, spiegato principalmente dall'attività svolta in regime ambulatoriale. Il numero di interventi legati all'attività di ricovero è circa l'1% in più rispetto al 2020.

Tabella: N. atti op. per regime di erogazione, escluso Sala Parto

Anno	2019	2020	2021	Delta 2021/2020	
DescRegime	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Ambulatoriale	12.523	18.847	23.118	4.271	22,66%
Ordinario	28.957	30.680	31.022	342	1,11%
Day hospital	7.486	6.881	6.888	7	0,10%
<b>Totale</b>	<b>48.966</b>	<b>56.408</b>	<b>61.028</b>	<b>4.620</b>	<b>8,19%</b>

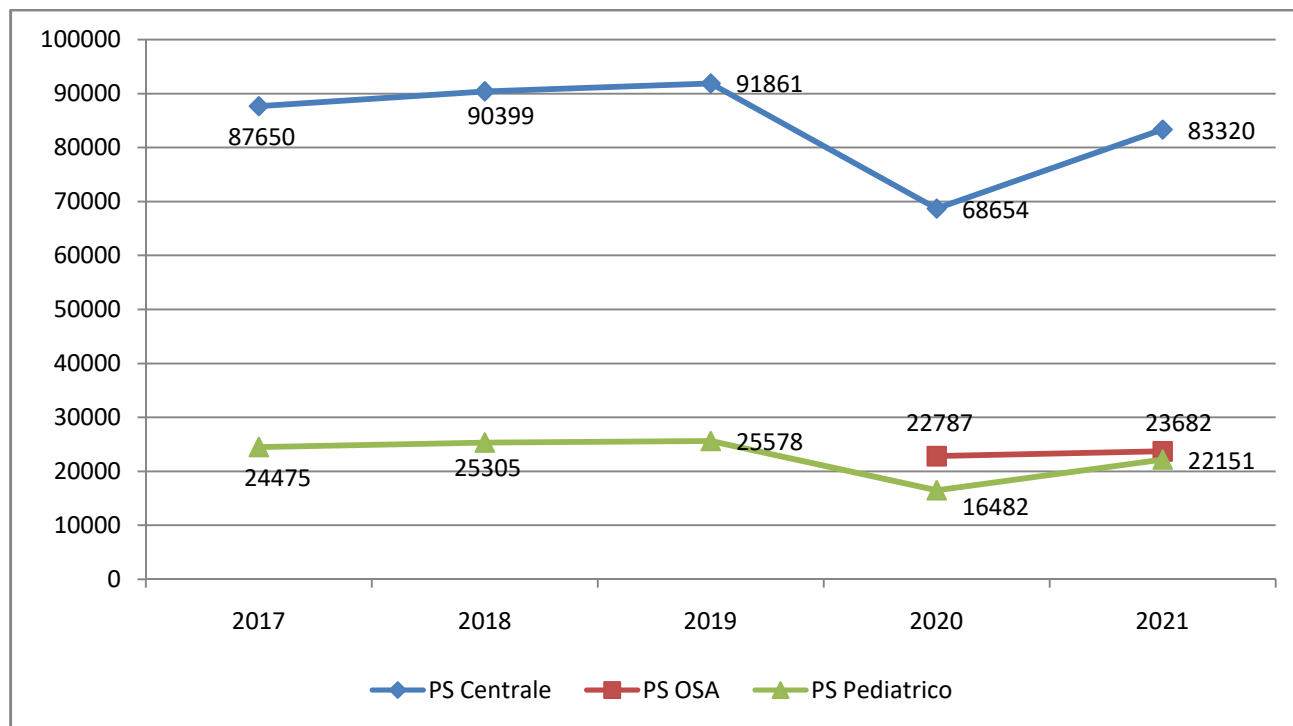
Nel corso del 2021, l'attività chirurgica ha avuto notevoli oscillazioni legate alla situazione epidemiologica da COVID e solo nei periodi di rallentamento dell'epidemia, è stato possibile attivare misure di recupero parziale dell'attività. In particolare, si veda la nota prot. n. 558588 del 29/11/2021, con cui la Regione ha indicato di rivedere l'offerta di prestazioni per garantire il personale necessario sia per gli aspetti di prevenzione (vaccinazioni) e monitoraggio sia per le fasi assistenziali, e la successiva nota regionale prot. n. 581447 del 14/12/2021, con cui si è disposto la sospensione dell'attività chirurgica programmata che avrebbe potuto comportare l'utilizzo delle Terapie Intensive, nonché la riduzione dell'attività programmata in ambito internistico.

## Pronto Soccorso

L'emergenza sanitaria iniziata a febbraio 2020 legata a Covid-19 ha avuto subito un effetto sugli accessi al Pronto Soccorso, tanto da richiedere una riorganizzazione importante nella gestione dei pazienti accertati o con sospetto Covid che accedevano in AOUP.

In particolare, presso il Pronto Soccorso Centrale, i percorsi di accesso dei pazienti con sospetto COVID-19 o potenzialmente contagiosi sono stati separati dai pazienti non Covid e sono state individuate distinte aree di permanenza in PS. Si fa presente che anche il trasporto di questi pazienti ha richiesto una riorganizzazione importante a partire dall'uso di specifiche ambulanze allestite per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori coinvolti.

Durante la prima fase pandemica 2020, il numero di accessi in Pronto Soccorso (PS) aveva subito una forte contrazione che progressivamente, con la riapertura delle attività dopo il lockdown, ha registrato un progressivo aumento nel corso del 2021.



### Indicatori di complessità e appropriatezza

Analizzando i principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari al netto dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza degli ultimi tre anni, si segnala una percentuale di casistica complessa 2021 in linea con gli anni precedenti, con un aumento dell'attività in urgenza, soprattutto con provenienza da PS. Il rapporto dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza si assesta al 15% circa.

Tabella - Indicatori ricoveri ordinari al netto dei ricoveri riabilitativi

INDICATORI RICOVERI ORDINARI (v.a., %)	2019	2020	2021
% ricoveri con DRG complicato	9,99%	11,13%	10,91%
% ricoveri urgenti	60,52%	62,64%	64,47%
% ricoveri urgenti transitati da P.S.	34,94%	39,71%	41,59%
% ricoveri urgenti non transitati da P.S. sul num. Di ricoveri urgenti	42,27%	36,60%	35,48%
% ricoveri brevi con DRG medico e degenza 0-2 notti su DRG medici	26,59%	23,52%	24,12%
RAPPORTO ricoveri ordinari ad elevato rischio di inappropriatezza	18,50%	15,52%	15,13%

Nel corso del 2021, come era avvenuto nel 2020, il numero dei posti letto dedicati al COVID è variato in base all'evolversi della pandemia, generando degli effetti su tutta l'organizzazione aziendale, che ha

dovuto adattare e rivedere trasversalmente gli spazi dedicati per garantire il distanziamento fisico dei pazienti e ridefinire, di conseguenza, le attività rivolte a tutte le altre patologie trattate in AOUP.

Come riportato nella tabella successiva, il numero di posti letto di ricovero ordinario si è ridotto di 33 unità medie, al netto della UO Lungodegenza, anch'essa ridimensionata di 11 posti letto medi nel corso del 2021.

*Tabella - indicatori di efficienza (basati su PL\*medi)-al netto della Lungodegenza*

Indicatori di efficienza	2019	2020	2021
posti letto medi	1.300	1.471	1.438
degenza media	7,64	8,03	8,00
degenza media >1gg	8,94	9,33	9,32
rotazione	37,06	34,11	35,48
tasso occupazione	77,55%	75,02%	77,80%
% dimissioni 0-1 g	16,40%	15,62%	15,78%
<i>Peso medio DRG ricoveri ordinari</i>	<i>1,42</i>	<i>1,46</i>	<i>1,47</i>
<i>Peso medio DRG ricoveri ordinari al netto 0-1g</i>	<i>1,53</i>	<i>1,57</i>	<i>1,57</i>
posti letto medi LUNGODEGENZA		49	38

*\*incluso PL di Terapia intensiva e culle e al netto di PL lungodegenza*

## Specialistica

Per l'anno 2021, la produzione di assistenza specialistica SSN registra un incremento del 15% rispetto al 2020, mentre si riduce del 34% il valore della produzione in fatturazione.

*Tabella: specialistica ambulatoriale per esterni per tipo erogazione (escluso LP)*

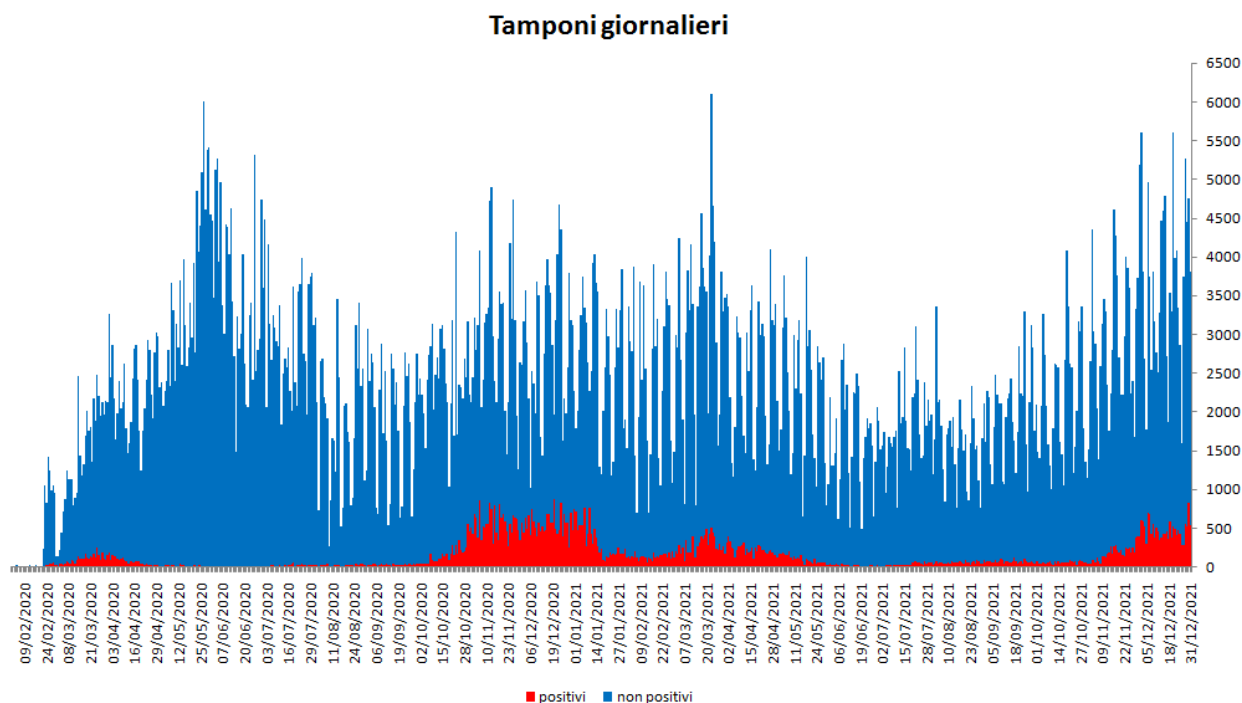
Anno	2019		2020		2021		Delta 2021/2020		
Tipo erogazione	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo	Dimessi	Importo	% importo
SSN	4.282.352	76.581.704,21	4.375.681	86.175.646,59	5.237.318	99.424.476,22	861.637	13.248.829,63	15%
FAT	2.017.179	22.763.115,15	1.929.526	44.765.571,98	1.552.125	29.693.684,70	-377.401	-15.071.887,28	-34%
<b>Total</b>	<b>6.299.531</b>	<b>99.344.819,36</b>	<b>6.305.207</b>	<b>130.941.218,57</b>	<b>6.789.443</b>	<b>129.118.160,92</b>	<b>484.236</b>	<b>-1.823.057,65</b>	<b>-1%</b>

*\*gli importi di fatturazione del laboratorio sono già decurtati del 45% secondo il Decreto n.26 del 12.08.2015*

L'incremento di attività SSN è su tutte le macro aree; in particolare, al netto dell'area di laboratorio, ancora coinvolta prevalentemente nell'attività di processazione e refertazione dei tamponi, l'incremento è dovuto all'esigenza di recuperare la produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per pazienti non COVID, anche attraverso, in certi periodi di alta emergenza, l'attivazione di nuove forme di servizio quale ad esempio l'uso della telemedicina.

A completamento, si fa seguire il grafico con l'andamento del numero dei tamponi molecolari eseguiti nel biennio 2020-2021 secondo l'esito di negatività o positività del referto, attività che ha fortemente influenzato la domanda laboratoristica in questo periodo.

Grafico: Numero tamponi giornalieri secondo macro esito



Nell'attuazione del Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", la Regione Veneto ha assegnato all'AOUUP anche l'obiettivo (P.A.1.1) di garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2, rispettando dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico. La soglia è definita dalla DGR 727/2021, DGR 805/2021: da 4.636 a 5.563 tamponi molecolari+antigenici (vengono considerate le prestazioni Ulss6+AOUUP) al giorno. L'AOUUP ha raggiunto questo obiettivo con un valore di 1.170 tamponi giornalieri.

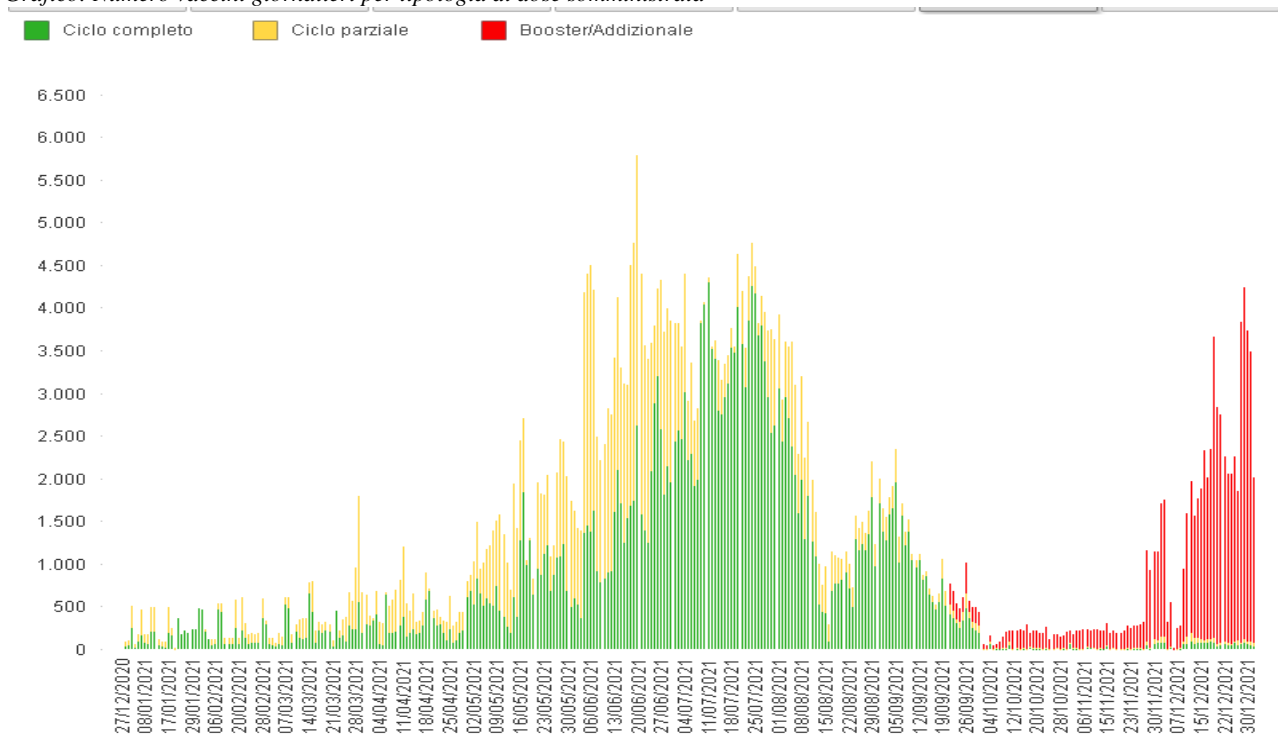
Il 2021 è stato inoltre caratterizzato dalla campagna vaccinale a cui l'AOUUPD ha partecipato in modo attivo attraverso l'apertura di punti vaccinali all'interno della struttura, prevalentemente per i pazienti fragili e per il personale aziendale.

Oltre a partecipare con il proprio personale alla campagna vaccinale dell'ULSS6 presso il Padiglione 6, a maggio 2021 è stato aperto il centro vaccinale esterno presso il Padiglione 8 della Fiera di Padova, direttamente gestito dall'AOUUP, a supporto dell'ULSS 6 per i propri assistiti.

Il grafico che segue riporta l'andamento giornaliero dei vaccini somministrati nei punti prelievo aziendali secondo la tipologia di dose somministrata.



Grafico: Numero vaccini giornalieri per tipologia di dose somministrata



Complessivamente l'AOUP ha somministrato 469.963 dosi di vaccino COVID19.

Tabella: Numero vaccini giornalieri per classe di età

Numero vaccini per classe di età	Total	%
<b>Total</b>	<b>469.963</b>	<b>100,0%</b>
5-11	51	0,0%
12-19	40.439	8,6%
20-29	81.371	17,3%
30-39	72.558	15,4%
40-49	97.944	20,8%
50-59	105.045	22,4%
60-69	39.757	8,5%
70-79	24.701	5,3%
80-89	6.983	1,5%
90+	1.114	0,2%

Come per il 2020, l'attività di specialistica ambulatoriale anno 2021 ha risentito di un'organizzazione impegnata a trattare la casistica Covid e nel 2021 a contribuire attivamente alla campagna vaccinale al fine di diminuire la pressione ospedaliera per Covid; l'esigenza quindi di recuperare l'attività riferita alle altre patologie non si è potuta completamente concretizzare ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B.

Su questo punto si fa presente che la Regione ha assegnato all'AOUP per il 2021 l'obiettivo della "attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)". In particolare, per l'indicatore "Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7^ dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer", si riportano di seguito i dati dell'AOUP sull'utilizzo della settima

dose; a dimostrazione dell'efficienza del processo, l'indicatore, con una percentuale del 98,7%, supera notevolmente la soglia del 30%.

2021	Totale complessivo
aprile	98,7%
maggio	97,3%
giugno	98,7%
luglio	99,0%
agosto	98,5%
settembre	98,9%
ottobre	99,5%
novembre	99,5%
dicembre	99,5%
<b>Totali</b>	<b>98,7%</b>

### 3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Il ciclo della performance per l'anno 2021 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2021-2023 (DDG n. 140 del 29/01/2021), seguito dall'approvazione del Documento di Direttive 2021 (DDG n. 798 del 06/05/2021) e del budget delle unità operative (DDG n. 1.570 del 30/08/2021). In questo modo, gli obiettivi strategici sono stati articolati in obiettivi operativi aziendali e successivamente assegnati ai Centri di Responsabilità tramite il sistema di budget, così come disposto dalla L.R. 55/1994.

Anche nel 2021 l'emergenza Covid-19 ha focalizzato l'attività sanitaria nella pandemia e le varie ondate che si sono succedute nell'arco dell'anno hanno impattato sulla possibilità effettiva di perseguire alcuni degli obiettivi.

#### 3.1 Gli obiettivi strategici

La Regione Veneto ha definito, con la DGR n. 958 del 13.07.2021, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari per l'anno 2021. Come per il 2020, la Regione li ha determinati in un periodo dell'anno più avanzato rispetto a quanto avvenuto negli anni precedenti al 2020 a causa dell'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, alla quale l'intero sistema sanitario regionale ha dovuto far fronte, con impegno di risorse umane e materiali.

Per il 2021 gli obiettivi che l'AOUP si è posta, in linea con le direttive regionali, si sono focalizzati sull'attività di contact tracing, vaccinazione Covid e soprattutto sul ripristino dell'attività e dell'organizzazione del periodo pre-Covid, assegnandovi anche un maggior peso per la valutazione.

Per l'anno 2021 la Regione ha definito una serie di indicatori cosiddetti di "mantenimento", i quali non prevedono l'attribuzione di specifici punteggi, ma che, nel caso di non raggiungimento, prevedono delle penalizzazioni:

- rispetto del vincolo di bilancio programmato (risultato economico programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19);
- rispetto dei tempi di pagamento programmati: Indicatore di tempestività dei pagamenti;
- rispetto dei tempi di pagamento programmati: rispetto della soglia di incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato minore o uguale a 0;
- rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito ad altri obiettivi;
- soddisfazione delle richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza ai sensi del c. 3 *ter* dell'art. 4 della L.R. n. 21/2010.

Riprendendo alcuni obiettivi regionali, la Direzione Strategica aziendale ha definito i seguenti macro-obiettivi che ha assegnato alle UU.OO., definendoli nel Documento delle Direttive approvato con DDG n. 798 del 06/05/2021:

- fronteggiare l'epidemia Covid principalmente attraverso la vaccinazione;
- ripristinare l'attività del periodo pre-Covid, sia attuando strumenti straordinari finalizzati al recupero delle liste d'attesa, sia recuperando l'attività raggiungendo almeno il 90% dei volumi del secondo semestre 2019(dimessi, atti operatori e prestazioni specialistiche);
- mantenere una buona performance negli indicatori legati all'assistenza, quali i tempi di attesa degli interventi oncologici di classe A, gli standard di qualità del Nuovo Sistema di Garanzia, la degenza media, e l'attrattività extra-regionale;
- progetti di edilizia quali progettazione e realizzazione del Nuovo Polo della Salute e progetto della nuova Pediatria;
- obiettivi di supporto, quali: il rispetto dei tempi di pagamento, l'incidenza del % pagato oltre i termini di scadenza su totale pagato, il rispetto degli obblighi di pubblicazione nell'Amministrazione Trasparente, il rispetto dei tempi e delle scadenze regionali, le attività propedeutiche all'avvio del SIO, lo sviluppo dell'app per le prenotazioni, l'anticorruzione, l'internal audit, le pari opportunità e le indagini di customer satisfaction.

Come previsto dalla normativa regionale (DGR 140/2016), il punteggio degli obiettivi assegnati alle UO è stato distinto tra dirigenza e comparto.

### **Obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare**

Con riferimento alla L.R. 56/1994, la Regione ha individuato gli obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare per la valutazione dei Direttori Generali, definendone i punteggi nella seduta del 10/11/2021 e trasmettendoli con nota prot. 543347 del 19/11/2021.

Su tali obiettivi la Regione nel corso dell'anno non ha inviato né indicazioni relative alle soglie né reportistica per il monitoraggio:

		Punti
C1	Rispetto dei tempi di attesa classe priorità B, come previsto da DGR n. 958/2021 (solo per il secondo semestre perché il primo è Covid caratterizzato)	3
D2	Ulteriori implementazioni del fascicolo sanitario elettronico	1
E1	Verifica del funzionamento delle reti cliniche (oncologiche...)	4
E2	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	4
E3	Contributo alla campagna vaccinale Covid 19	2
G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	2
H1	Sicurezza del paziente, limitazione del rischio di contagio e attivazione specifici percorsi in ambiente ospedaliero	2
H2	Coordinamento e monitoraggio delle attività di competenza relative all'attuazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 di cui alle DGR 552/2020 e DGR 1103/2020	1
H6	Completezza del flusso informativo regionale sul Covid-19 e predisposizione reportistica	1
		<b>20</b>

### Metodo di valutazione

La valutazione finale degli obiettivi assegnati dalla Regione si inserisce nell'ambito della valutazione dell'attività dei Direttori Generali, prevista dall'articolo 3-bis, comma 5, del D.Lgs. 502/1992 e disciplinata per la Regione Veneto dall'art. 13 della L.R. 56/1994 (come risultante dopo la novellazione introdotta dalla L.R. 13/2012). In particolare, la L.R. 56/1994 prevede che "I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita". La loro valutazione (DGR n. 2172 del 23/12/2016) ricomprende pertanto i seguenti ambiti:

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, (valutazione di competenza della Giunta Regionale per un totale di 80 punti su 100);
- rispetto della programmazione regionale (valutazione di competenza della competente Commissione Consiliare per i restanti 20 punti);
- per le aziende territoriali, qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS (di competenza della Conferenza dei Sindaci).

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un

risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalle sopracitate DD.GG.RR. n. 693/2013 e n. 2172/2016.

Ad oggi non è stato ancora emanato da parte della Regione il provvedimento di determinazione dei risultati, pertanto quella riportata nel seguito è una pre-valutazione operata dall'AOUN sulla base:

- degli incontri di monitoraggio tenuti dalla Regione, ed in particolare dei dati di pre-consuntivo presentati nell'incontro del 26 maggio 2022;
- dei report inviati dalla Regione su singoli obiettivi;
- dei dati dei sistemi informativi regionali (DWH) e aziendali;
- dei monitoraggi effettuati dai referenti aziendali degli obiettivi di budget.

È evidente quindi che in questa fase, quanto riportato di seguito, rappresenta un'autovalutazione, che dovrà essere aggiornata alla luce del provvedimento regionale di valutazione.

#### Sintesi della performance aziendale

La tabella seguente riporta in modo estremamente sintetico i risultati aziendali. Per quanto riguarda gli obiettivi regionali, si tratta di una valutazione che, come già illustrato sopra, tiene conto dei report e dei dati finora messa a disposizione dalla Regione e da Azienda Zero. Rispetto alla precedente relazione sulla performance approvata con DDG n. 1.353 del 30/06/2022, viene aggiornato il dato del tetto dei dispositivi, in base all'ultimo report regionale ricevuto il 23/08/2022.

Si ritiene quindi che la valutazione finale potrebbe variare.

	Punti disponibili	Stima punti ottenuti
Performance complessiva obiettivi regionali	80	73,45
Performance complessiva obiettivi V° Commissione Consiliare	20	20
<b>Performance raggiunta</b>	<b>100</b>	<b>93,45</b>

È utile richiamare che la valutazione complessiva da parte della Regione dipenderà inoltre dai 20 punti di competenza della Commissione consiliare che misureranno il rispetto della programmazione regionale.

Di seguito si riporta il dettaglio degli obiettivi, con l'autovalutazione aziendale ed eventuali commenti.

	Indicatore	Soglia 2021	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	Soglie da DGR 727/2021, DGR 805/2021: da 4.636 a 5.563 molecolari+antigenici (Ulss6+AOUP) da 500 a 600 al giorno ogni 100.000 abitanti	1.170,4	3,5	3,5
P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer [dosi vaccino Comirnaty-BioNTech/Pfizer somministrate - (fiale Comirnaty-BioNTech/Pfizer consegnate * 6)]/fiale consegnate*100	≥ 30%	98,72%	0,5	0,5
P.A.2.2	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	≥ 60%	32,74%	0,5	0,3
D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo adempimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa. Le Aziende del SSR devono procedere all'approvazione del proprio PO Aziendale attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Az Osp dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento. Le Aziende del SSR entro il 28/02/2022 dovranno inviare ai competenti uffici una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.	Inviato Piano Aziendale DDG n. 1216 del 30/06/2021 (nota prot. 42352/2021) e successivo aggiornamento (DDG n. 1753 del 05/10/2021) inviato in Regione con prot. 51497 del 13 agosto 2021 Inviata relazione a consuntivo con prot. 14188 del 28/02/2022	10	10
D.E.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	Raggiungimento dei volumi di prestazioni mensili del 2019 o trend in crescita e almeno il 90% del 2° semestre 2019	101%	5	5

	Indicatore	Soglia 2021	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
D.E.2.1	Percentuale di prestazioni [quelle della classe B indicate nel vademecum per i primi accessi, in garantita G1] garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95%	99,8%	1,5	1,5
D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	≤ 4% parz soddisfatto se <7 (0,4 punti). Se ≥7 e<7,5 Relazione sulle azioni migliorative entro il 31/03/2022	8,91%	1	0
O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo adempimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa. Le Aziende del SSR devono procedere all'approvazione del proprio PO Aziendale attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Az Osp dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento. Le Aziende del SSR entro il 28/02/2022 dovranno inviare ai competenti uffici una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.	Inviato Piano Aziendale DDG n. 1216 del 30/06/2021 (nota prot. 42352/2021) e successivo aggiornamento (DDG n. 1753 del 05/10/2021) inviato in Regione con prot. 51497 del 13 agosto 2021 Inviata relazione a consuntivo con prot. 14188 del 28/02/2022	14	14
O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	Raggiungimento dei volumi di prestazioni mensili del 2019 o trend in crescita e almeno il 90% del 2° semestre 2019	89% (90% se si considera attività periodo lug-nov)	6	5
O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021	≤ 122.710.528 + innovativi 4.103.568 tetto aggiornato (Decreto n. 108 del 14/10/2021)	118.403.187 (-3,51%)	1	1
O.T.1.1. PRE	<i>Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3</i>	100% indicatori rispettati	100%		
O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici 2021	≤ 69.179.248 tetto aggiornato (Decreto n. 108 del 14/10/2021)	79.561.334 (+15,01%)	1	1

	Indicatore	Soglia 2021	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
O.T.1.2. PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM	100% indicatori rispettati	Negativo O.T.1.2PRE.2		
O.T.1.3	Limite di Costo IVD 2021	≤ 22.758.502	23.309.445 (+2,42%)	1	1
O.T.1.3. PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM	100% indicatori rispettati	100%		
O.T.2.1	NSG: Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	> 90%	93,3%	5	5
O.T.2.2	NSG: % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	> 80%	80,6%	4	4
O.T.2.3	NSG: % di parti cesarei primari	< 20% se ≥ 1.000 parti all'anno < 15% se < 1.000 parti all'anno	26,5%	3	0
O.T.2.4	NSG: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	>90%	90,3%	4	4
O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Si Relazione annuale da inviare entro il 28/02/2022	Inviata relazione con prot. 13808 del 25/02/2022	2	2
O.T.4.1	Rete Ematologica Veneta: revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA	Produrre almeno un nuovo PDTA o la revisione di un PDTA esistente e trasmettere la Relazione annuale sull'applicaz dei PDTA alla Dir Prog San entro il 28/02/2022	Inviata relazione e nuovo PDTA in Regione con prot. 12836 del 23/02/2022	1	1
S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Soglia differenziata, come da delibera di assegnazione risorse LEA	-50.871.897,24	Mantenimento	
S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	-10,58	Mantenimento	ok



	Indicatore	Soglia 2021	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%	6,08%	Mantenimento	-0,75
S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	Raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021. Relazione sugli stati di avanzamento da inviare entro il 31/01/2022 (schemi che evidenziano il rispetto o meno dello stato di avanzamento, nel caso di scostamento evidenziare le motivazioni)	TI completamento progettazione definitiva	8	8
S.A.6.1	Lean Management: partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	Invio elenco partecipanti alla formazione di un num dei dipendenti corrispondente a quanto richiesto dalla Regione	Partecipazione al percorso formativo organizzato con SDA Bocconi sul Project Management e il PPP tenutosi feb-apr 2021	1	1
S.A.6.2	Lean Management: attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	Trasmissione entro il 15/12/2021 dello stato di implementazione della rilevazione dei tempi	Trasmessa nota con prot. 81035 del 15/12/2021	1	1
S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	≥ 98% ; ≥ 95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)	100%; 100%	0,5	0,5
S.B.2.1	SIO: partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	≥ 90% items Compilazione check list appositamente create entro il 28/02/2022	99,07%	0,5	0,5
S.B.2.2	SIO: presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	Si Presentazione del Piano aziendale delle attività propedeutiche all'avvio del SIO entro il 30/11/2021	Si	0,5	0,5

	Indicatore	Soglia 2021	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.B.2.3	SIO: adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	IQR>80% e superamento test di carico	Superamento parziale test di carico. Monitoraggio definitivo al 31/03/2022. Repository predisposto per i test solo parzialmente	0,5	0,3
S.B.2.4	SIO: implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	SI avvenuto caricamento del nuovo SIO di almeno una parte dei dati di tutte e tre le tipologie (dataset configurazione e transazionali) secondo le tempistiche regionali	Inviata relazione entro il 30/03/2022	0,5	0,5
S.B.2.5	SIO: adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	Si Secondo cronoprogramma	Sì	0,5	0,5
S.B.3.1	Prenotazioni online: stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	6% disservizio 98% transazioni con tempo medio di risposta <5s	0,5	0,4
S.B.3.2	Prenotazioni online: monitoraggio	1	Monitoraggio effettuato	0,5	0,5
S.B.3.3	Prenotazioni online: accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	0,5	0,5
S.B.3.4	Prenotazioni online: garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	Si secondo cronoprogramma	47% monitoraggio al 31/03/2022	0,5	0,2
S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi (che non costituiscono pre-requisito) rispettati	100%	100%	Mantenimento	ok
S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	Monitoraggio con OIV 13/10/2021	1	1
S.F.1.1	% richieste (provenienti dalla struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza) puntualmente soddisfatte	100% nelle tempistiche richieste	Richieste evase nei tempi richiesti	Mantenimento	ok

## Obiettivo P.A.2.2 Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari

L'Azienda ha raggiunto una copertura vaccinale del 32,4%, superiore alle altre Aziende Sanitarie Venete.

Nel 2021 la campagna mediatica vaccinale è stata focalizzata sul Covid, che nel periodo di pandemia costituiva la priorità.

Inoltre nella stagione della precedente campagna di vaccinazione antinfluenzale si è registrata una quasi assoluta assenza di sindromi influenzali.

Questi elementi hanno contribuito in modo significativo a ridurre la partecipazione nel 2021 alla vaccinazione antinfluenzale tra gli operatori sanitari.

### D.E.1 - O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021).

Nel Piano Operativo Aziendale (DDG n. 1216 del 30/06/2022 e DDG n. 1753 del 05/10/2021) di recupero delle liste d'attesa sono state indicate le modalità operative ed organizzative con cui si sarebbe proceduto al recupero delle prestazioni di specialistica che si trovavano in stato "sospeso":

- Potenziamento dei sistemi di prenotazione:

Si è proceduto a ricontattare i pazienti in lista di attesa per fissare l'appuntamento per l'esecuzione delle prestazioni nelle agende dedicate alle aperture straordinarie degli ambulatori o in overbooking nelle agende già disponibili. Qualora possibile le prestazioni sono state erogate anche in telemedicina.

- Ampliamento dell'offerta:

Si sono aperte agende straordinarie dal mese di luglio 2021, prevalentemente nei giorni pre-festivi e festivi remunerando il personale con l'istituto dell'acquisto di prestazioni ex art. 115. Da luglio a dicembre 2021 sono state aperte 140 sessioni straordinarie di attività ambulatoriale.

- Telemedicina e tele riabilitazione:

La telemedicina è stata notevolmente potenziata ed è stato possibile erogare più di 15.000 prestazioni di cui 7980 sono state visite di controllo e 7.180 trattamenti. La telemedicina è stata utilizzata da tutte le discipline presenti in Azienda, con particolare riferimento alle seguenti specialità: Reumatologia, Malattie del Metabolismo, Cardiologia, Psichiatria/Psicologia, Riabilitazione, e Area Medica.

A conferma delle azioni messe in atto per recuperare le prestazioni sospese e ripristinare i volumi di attività di specialistica del secondo semestre 2019, si riportano di seguito i dati del monitoraggio regionale relativi al periodo luglio-dicembre 2021:

	Luglio-dicembre 2019	Luglio-dicembre 2021	Δ 2021-2019
luglio	78.514	77.800	-0,91%

	Luglio-dicembre 2019	Luglio-dicembre 2021	Δ 2021-2019
agosto	50.237	53.479	6,45%
settembre	88.236	90.925	3,05%
ottobre	103.092	95.551	-7,31%
novembre	91.709	99.228	8,20%
dicembre	77.288	78.501	1,57%
	489.076	495.484	1,31%

Oltre a ripristinare i volumi del secondo semestre 2019, questa Azienda ha sempre garantito i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali per tutte le prestazioni e le classi di priorità, con valori compresi tra il 99% e il 100% di rispetto (obiettivo D.E.2.1).

Per quanto riguarda invece l'attività legata ai ricoveri, come indicato nel suddetto Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste d'attesa, le azioni di miglioramento messe in atto per ripristinare l'attività del 2019 riguardano:

- le liste d'attesa:  
si è proceduto alla puntuale verifica e pulizia delle liste di attesa ricontattando i pazienti e verificando l'attualità della prenotazione anche ricorrendo all'indispensabile strumento della telemedicina.
- efficientamento sala operatoria:  
l'AOUP ha adottato un accurato sistema gestionale sviluppato nel corso degli ultimi anni per il monitoraggio dell'efficienza delle sale operatorie. Durante la pandemia, tale strumento ha consentito un puntuale monitoraggio, nonché ha consentito un'efficace e flessibile risposta organizzativa in caso di necessità.
- apertura orario aggiuntivo attività operatoria:  
Nei primi mesi del secondo semestre 2021 è stato possibile effettuare attività operatoria utilizzando l'istituto dell'acquisto di prestazioni ex art. 115 aprendo sedute aggiuntive nei prefestivi o sedute operatorie pomeridiane aggiuntive rispetto all'ordinario orario di lavoro previsto. Le specialità maggiormente coinvolte sono state l'Ortopedia, la Chirurgia Plastica, l'Urologia, la Chirurgia Generale, la Cardiologia, l'ORL e l'ORL ad indirizzo Pediatrico.  
Negli ultimi mesi del 2021, con l'acuirsi della pandemia, il personale di sala operatoria è stato progressivamente trasferito e assegnato a supportare altre attività con particolare riferimento alle Terapie Intensive e semintensive Covid-19 (in Azienda erano attivi 36 posti letto intensivi dedicati al Covid-19) oltre che a sostituire personale ammalato o sospeso per inadempienza all'obbligo vaccinale (253 persone sospese, in parte poi reintegrate).
- efficientamento Terapie intensive:

Il secondo semestre è stato caratterizzato da un importante impegno assistenziale per i pazienti COVID in ambito di terapia intensiva, a partire dal 22 novembre 2021 infatti un'intera rianimazione con 18 posti letto è stata dedicata ai pazienti affetti dalla patologia, e a partire dal 29 novembre, l'area è stata ampliata a 36 disponibilità. Per consentire la sostenibilità di tale riorganizzazione, si è necessariamente dovuto ricorrere all'efficientamento delle pochissime risorse rimaste disponibili. Si è provveduto ad incrementare il turn-over dei pazienti, i posti letto di PACU (Post Anesthesia Care Unit) sono stati riconvertiti in terapia intensiva, all'interno delle sale operatorie sono inoltre state allestite postazioni PACU per osservazioni brevi post operatorie, per consentire di razionalizzare i transiti presso le terapie intensive ai soli pazienti strettamente necessari. In tal senso si è lavorato molto sull'appropriatezza delle richieste di terapia intensiva post-operatoria, anche mediante l'istituzione di un gruppo di lavoro (costituito da un anestesista e un chirurgo per ogni UU.OO.CC.) che con cadenza settimanale si è riunito nell'ambito di un progetto di lavoro accreditato ECM.

Nonostante l'impegno profuso in tutte le attività sopra descritte, i volumi dei ricoveri del secondo semestre 2021 risultano sub-ottimali rispetto alla soglia richiesta per l'obiettivo O.B.1.2.

Di seguito si riportano i dati del monitoraggio regionale relativi al periodo luglio-dicembre 2021:

	Luglio-dicembre 2019	Luglio-dicembre 2021	Δ 2021-2019
luglio	2.568	2.246	-12,5%
agosto	1.895	1.781	-6,0%
settembre	2.766	2.472	-10,6%
ottobre	3.409	3.001	-12,0%
novembre	3.071	2.822	-8,1%
dicembre	2.921	2.539	-13,1%
	16.630	14.861	-10,6%

L'obiettivo di replicare i volumi di attività di ricovero in elezione pari al 90% dei medesimi volumi erogati nel corso del secondo semestre 2019 è stato quasi raggiunto. Di seguito sono analizzati i numerosi fattori che hanno concorso negativamente al pieno raggiungimento di tale sfidante obiettivo:

- le assenze dal lavoro dovute a sospensioni di dipendenti per inottemperanza all'obbligo vaccinale, nel periodo luglio-dicembre 2021, sono risultate in continua crescita con picco nei mesi di novembre e dicembre (n. 253) a fronte di un numero di rientri mensile sostanzialmente costante;
- personale impegnato nelle vaccinazioni e nell'esecuzione dei test Sars-Covid 19: n. 90 nel periodo marzo-ottobre; n. 21 dal 27 novembre a dicembre;
- Covid: nel 2021, così come avvenuto nel corso del 2020, l'Azienda Ospedale-Università Padova (AOU) ha operato in un contesto caratterizzato dall'emergenza epidemiologica causata dal virus SARS CoV-2 (COVID), come illustrato nel paragrafo sopra riportato 2.2, ricoveri.

- carenza anestesisti: la storica criticità della carenza di personale anestesista è stata aggravata dalla pandemia; le complesse attività assistenziali dedicate al COVID hanno comportato infatti il raddoppio dei turni di guardia.

- l'Ospedale Sant'Antonio è stato trasferito a questa Azienda dal 01/01/2020. Prima del trasferimento, l'OSA rappresentava la risposta ad una quota parte delle prestazioni tipicamente erogate da una ULSS territoriale. Numerosi sono stati i cambiamenti organizzativi avvenuti all'interno dell'OSA prima della fusione; un esempio è costituito dai trasferimenti del personale. Con la fusione è stato quindi indispensabile rivedere il modello organizzativo; molte delle attività infatti risultavano erogate con modalità, tipologie e tempi di presa in carico completamente diversi nelle due realtà.

- cambiamento del setting assistenziale che ha inciso fortemente nei volumi dell'attività dei ricoveri diurni in questa Azienda nel periodo considerato: la Clinica Oncoematologica Pediatrica ha ricondotto le chemioterapie e le trasfusioni (n. 505 nel secondo semestre 2019) ad un setting assistenziale più appropriato, passando dal regime di Day Hospital ad ambulatoriale.

#### **D.T.1.1. Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria**

L'indicatore misura solo in minima parte l'efficacia del trattamento ospedaliero, essendo pesantemente influenzato dalla presa in carico territoriale, in capo al Dipartimento di Salute Mentale afferente all'ULSS 6, che dovrebbe essere in grado di prevenire ricoveri ripetuti.

Per quanto riguarda la difficoltà di integrazione con il lavoro territoriale, poiché la riammissione dipende anche dalla capacità dei servizi territoriali di gestire situazioni subacute attraverso visite frequenti o trattamenti semiresidenziali, va menzionato che nel corso del 2021 i servizi territoriali dell'ULSS 6 non hanno riattivato alcune strutture semiresidenziali che erano state chiuse a causa della pandemia, così come sono stati mantenuti a lungo ridotti gli orari di apertura dei CSM, con affievolimento della presa in carico territoriale.

#### **O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari**

- **acquisti diretti farmaci:** il tetto fissato dalla Regione risulta rispettato con una spesa di € 118.403.187, -3,51% rispetto al tetto;

- **dispositivi medici:**

la maggior spesa di € 10.382.086, +15,01% rispetto al tetto, al netto dei costi Covid, è legata in gran parte al riacquisto finanziato di strumentario chirurgico (€ 7.564.000) per la nuova centrale di sterilizzazione e all'incremento degli interventi in alcune aree specialistiche ad alto assorbimento di risorse: Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Oculistica, Emodinamica ed Elettrofisiologia. Questa giustificazione alla Regione è stata accolta, con una valutazione positiva da parte della Regione.

**- IVD:**

la maggior spesa di € 550.943, +2,42% rispetto al tetto, al netto dei costi Covid, è legata in gran parte all'incremento dell'attività erogata da Medicina di Laboratorio, Microbiologia ed Anatomia Patologica, che, esclusi i tamponi, ha generato un aumento del valore della produzione per prestazioni per pazienti esterni per circa € 3.780.000. Questa giustificazione alla Regione è stata accolta, con una valutazione positiva da parte della Regione.

#### **O.T.2.1-4 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal NSG**

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Gli indicatori individuati sono 88:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

In particolare, si evidenziano alcuni aspetti che rendono il Nuovo Sistema di Garanzia innovativo e rilevante:

- Lefinalitàdel sistema: trattasi di un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni;
- lemodalità d'integrazione con il sistema diverifica degli adempimenticui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191/2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del D.L. n. 95/2012 (convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012);
- loschema concettuale alla base del sistema degli indicatori: l'articolazione del sistema di indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

Gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, oggetto di verifica in AOUP da parte della Regione sono quattro:

- la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui, che in AOUP raggiunge la percentuale di 77%; questo dato però non rappresenta la realtà, in quanto nel mese di febbraio 2021, l'équipe che effettua la quasi totalità degli interventi per TM mammella è stata ricodificata dal codice 0907 al codice 0916. Ciò ha determinato la mancata valutazione complessiva/aggregata del volume di attività prodotto, che per l'anno 2021 è stato pari a n. 375 interventi, 93% del totale (402).

- % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario; questo indicatore ha raggiunto una percentuale di 80,6%, superiore alla soglia;

- % di parti cesarei primari. Questa Azienda nel 2021 ha effettuato 2.898 parti (*Datawarehouse regionale: volumi DM 70/2015*). Il numero di parti con nessun pregresso cesareo (denominatore dell'indicatore), risulta essere 2.188 (*Datawarehouse regionale: report indicatori Treemap*), il più alto tra le aziende sanitarie venete.

In un centro hub come questa Azienda, la numerosità dei casi di gravidanze a rischio non permette di scendere sotto il 20% dei tagli cesarei primari se non a scapito dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure. Se, come fa il PNE nel calcolo degli indicatori, ci si avvale di metodi di risk adjustment, il valore aggiustato di tale indicatore risulta migliore rispetto a quello grezzo; in tal modo infatti l'indicatore viene calcolato al netto di fattori come l'età, la gravità della patologia in studio, la presenza di comorbidità croniche, etc. che possono influenzare e modificare il risultato finale; in questo modo gli esiti non risultano influenzati dalla disomogeneità delle caratteristiche delle popolazioni confrontate.

- la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni; indicatore che col 90,3% ha superato la soglia richiesta del 90%.

Ad integrazione dei risultati del Nuovo Sistema di Garanzia, si illustrano di seguito gli indicatori del Piano Nazionale Esiti.



Il 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.

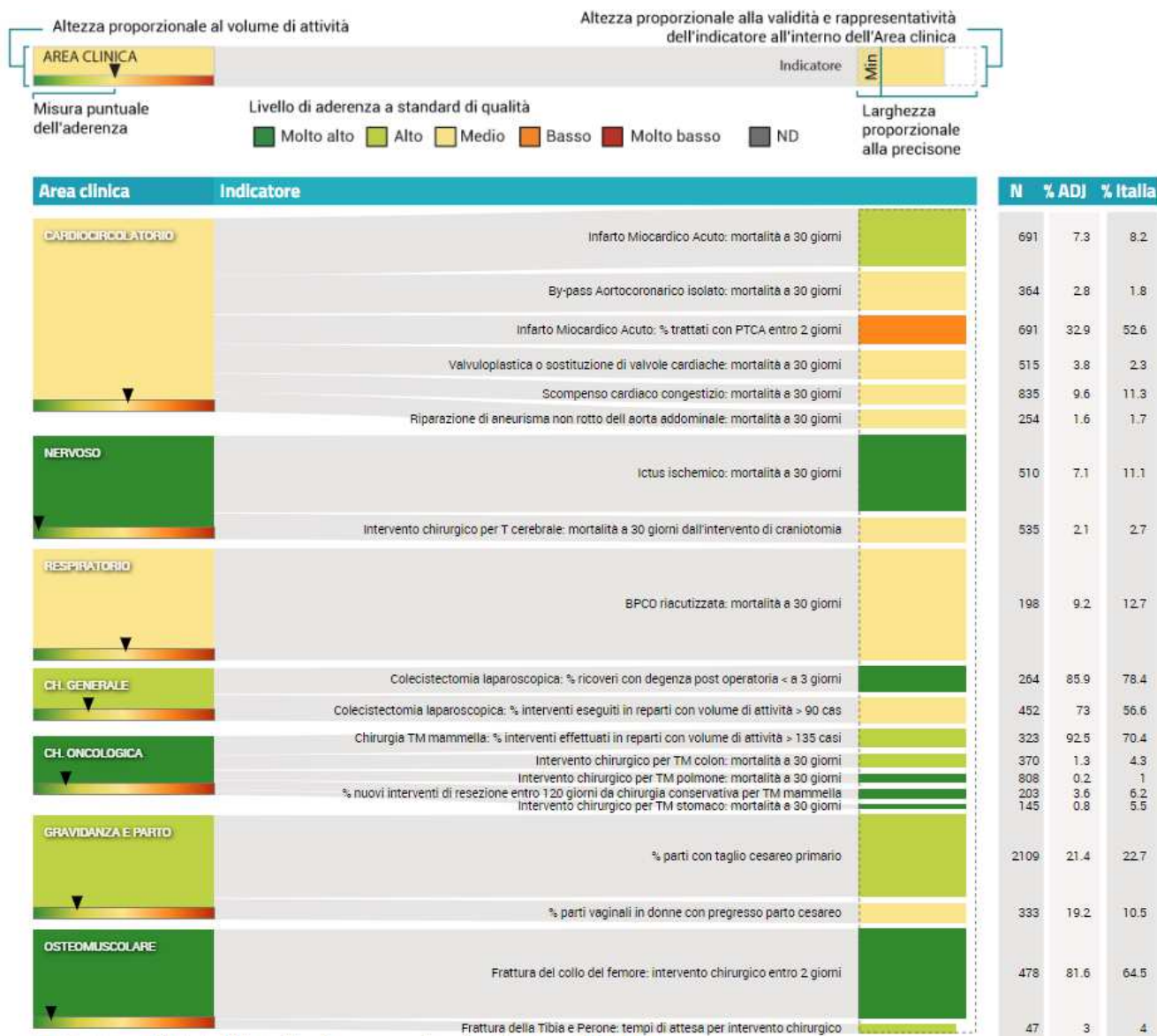
Nel report 2021 sono stati considerati i dati relativi all'attività assistenziale effettuata nell'anno 2020 da oltre 1.300 ospedali pubblici e privati (accreditati e non) e a quella del quinquennio precedente (anni 2015-2019) per la ricostruzione dei trend temporali.

Vengono presentati i risultati relativi a 184 indicatori (a fronte dei 177 della passata edizione) di cui:

- 164 relativi all'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione);
- 20 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (2) e accessi impropri in PS (4).

*In considerazione della congiuntura pandemica, il report 2021 ha cercato di cogliere e valutare, ove possibile, le dinamiche introdotte dal COVID-19, già a partire dalla prima analisi dedicata all'assistenza ospedaliera, che analizza, in relazione a specifiche aree cliniche, i cambiamenti occorsi nel 2020 rispetto al periodo pre-pandemico. Un'importante novità contenuta nell'edizione 2021 è rappresentata dai nuovi indicatori, sviluppati a partire dal prezioso patrimonio informativo disponibile a seguito del decreto di integrazione della SDO (DM 7 dicembre 2016 n. 261). La buona qualità raggiunta dalle informazioni riportate nei campi del nuovo tracciato, in termini di affidabilità e completezza, consente di estenderne l'utilizzo ai fini del calcolo all'intero territorio nazionale. Nella sezione dedicata agli indicatori di nuova introduzione vengono riportati i risultati relativi all'impatto dei parametri clinici presenti nel tracciato integrato della SDO sui modelli di risk adjustment, alle misure tempo-dipendenti (calcolate sulle nuove variabili "ora ricovero" e "ora intervento") e agli indicatori chirurgici di volume e di esito per singolo operatore. All'assistenza territoriale è dedicata una sezione specifica del rapporto, come anche del nuovo sito PNE, a sottolineare l'importanza che tale ambito va assumendo all'interno dei sistemi di monitoraggio delle performance dei servizi sanitari. Infine, un'ulteriore novità viene introdotta con la sezione equità che, per la prima volta, introduce nel PNE il tema delle disuguaglianze come punto di vista permanente e chiave di lettura primaria delle dinamiche di salute e di accesso ai servizi. Non si tratta tanto di creare misure ad hoc sull'equità, quanto di analizzare gli indicatori già esistenti in modo da far emergere differenze legate al genere, alla cittadinanza (in riferimento alla popolazione straniera residente in Italia) e alle condizioni socio-economiche [Report PNE 2021].*

Si riporta di seguito la rappresentazione Treemap del report più recente, 2021 riferito ai dati del 2020 per l'Azienda Ospedale-Università Padova, da cui emerge un quadro sicuramente positivo:



Nella tabella seguente vengono riportati i dati grezzi degli indicatori del PNE degli ultimi anni forniti da Azienda Zero:

Indicatore PNE	valore 2017	valore 2018	valore 2019	valore 2020	valore 2021
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,6	9,5	10	11,2	11,3
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	37,5	44,9	37,6	36,1	34
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,6	8,3	8,5	10,4	9,2
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,4	1,3	1,5	2,2	2,6
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	0,9	1,5	3,1	3,4	1

Indicatore PNE	valore 2017	valore 2018	valore 2019	valore 2020	valore 2021
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0	0	0,8	1,6	1,2
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	5,2	9,1	5,5	8,3	11,7
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,7	1,4	1,7	2,2	1,7
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8,9	7,8	7,7	9,6	11,3
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	83,4	82,3	86,6	88,1	90,2
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	88,2	85,7	85,2	74,2	56,6
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	93	83,7	93	93,5	76,4*
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	8,6	12	8,4	3,9	6,8
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,4	0,6	0,5	0,5	0,4
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	1,6	1,8	2,4	0,7	1,5
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	0,9	2,4	2,4	1,6	2,5
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	28,1	25,8	29	24,6	26,6
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,2	0,2	0,6	0,8	0,5
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,5	0,6	0,7	1,1	1
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	74	81,1	79,2	83,2	80,6
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3	3	2	2

\*vedasi spiegazione pag.37

Negli ultimi 2 anni gli indicatori di area cardiologica son passati in fascia media (gialla) ed in particolare l'indicatore sull'IMA, percentuale di pazienti trattati con PTCA entro 2 giorni è peggiorato passando in fascia bassa.

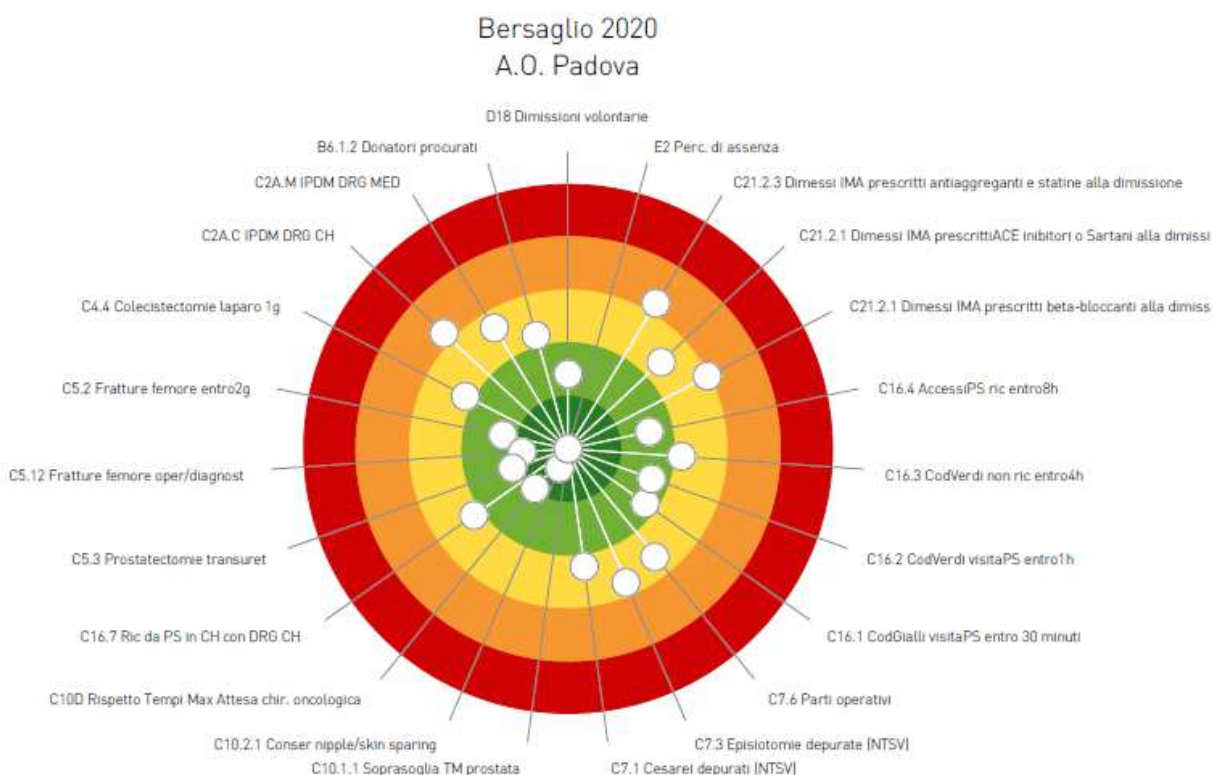
Risultano in miglioramento gli indicatori di area chirurgica e ortopedica, che si collocano prevalentemente in fascia alta.

Infine rientrano in fascia media gli indicatori di area materno-infantile.

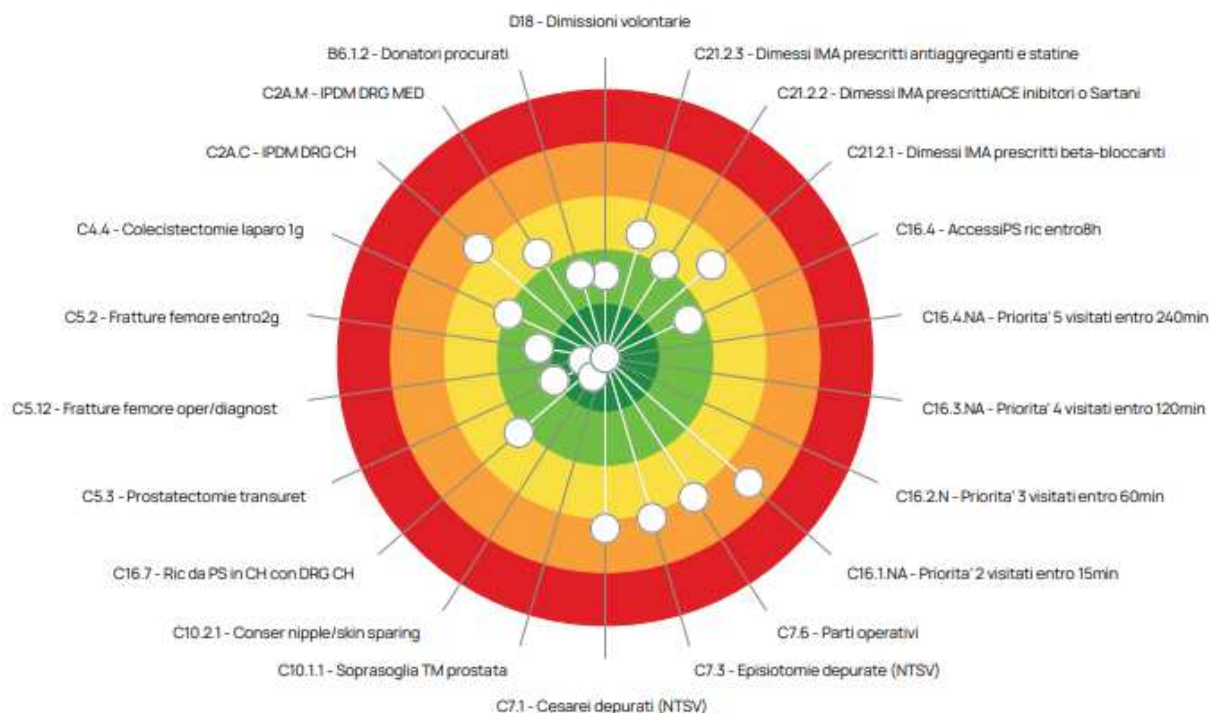
Nell'ambito della valutazione delle performance dell'AOUP è utile considerare anche gli indicatori della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Per quanto riguarda gli indicatori del S. Anna si fa presente che l'obiettivo della collaborazione tra le Aziende Sanitarie che aderiscono al progetto 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.

In questo contesto si collocano i risultati dell'Azienda Ospedale-Università Padova, rappresentati nei grafici seguenti degli ultimi report (2020-2021) pubblicati nel sito del progetto, coordinato dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa:



## Bersaglio 2021 A.O. Padova



Come risulta dal grafico sopra riportato, la quasi totalità degli indicatori si colloca all'interno delle fasce medio-alte. Rimangono in fascia bassa invece l'indice di performance della degenza media per DRG chirurgici e alcuni indicatori dell'area materno-infantile (a conferma degli indicatori del PNE). Peggiora la percentuale di pazienti in Pronto Soccorso con priorità gialla che sono visitati entro 15 minuti; questo indicatore risulta comunque critico anche a livello regionale.

### O.T.3.1 Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione

In ottemperanza alla DGR n. 957 del 13/07/2021 "Modifica della DGR n. 1402 dell'01/10/2019. Approvazione dei nuovi documenti recanti "Sistema regionale di Sorveglianza dei Multi-Drug Resistant Organism (MDRO)" e "Protocollo operativo per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie", in AOUP viene eseguita la sorveglianza dei microrganismi sentinella indicati. Mensilmente viene aggiornato il software di Azienda Zero dedicato alla segnalazione dei microrganismi alert; per il 2021 sono stati prodotti e messi a disposizione delle UU.OO. report semestrali. A partire dal mese di ottobre 2021 viene inoltre inviato alle UU.OO. un report mensile dei microrganismi alert isolati in ciascun reparto.

Nel corso del 2021 i pazienti che hanno avuto almeno un isolamento di microrganismo alert sono stati 1.786 per un totale di 2.276 microrganismi isolati.

Nel 2021 il Servizio di Epidemiologia Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza ha proseguito le attività di audit nelle UU.OO. allo scopo di verificare l'aderenza alle raccomandazioni aziendali. Complessivamente sono stati svolti 547 audit (a fronte dei 110 audit eseguiti nel 2020).



Per quanto riguarda l'igiene delle mani, nel 2021 il consumo medio di gel alcolico si è attestato sui 50 litri/1000 giornate di degenza (nel 2019 il dato era di 19 litri/1000 giornate di degenza e nel 2020 di 60 litri/1000 giornate di degenza, aumento legato all'emergenza della pandemia da Sars-CoV-2).

La UOC Direzione Medica in collaborazione con l'UOS Formazione definisce annualmente un programma formativo rivolto al personale sanitario, per la diffusione delle politiche, delle procedure e delle pratiche che guidano il piano di prevenzione e controllo delle infezioni e che include i risultati e gli andamenti rilevabili dalle attività di sorveglianza.

#### **O.T.4 - Implementazione della Rete Ematologica Veneta**

In merito all'indicatore "revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA", si fa presente quanto segue:

1) Tra il 2018 e il 2020 sono stati elaborati, revisionati e presentati alla regione i seguenti PDTA:

- Leucemia linfatica cronica (presentato in data 14 novembre 2018, approvato dalla regione in data 29 maggio 2019);
- Mieloma Multiplo (presentato in data 19 dicembre 2020, approvato dalla regione in data 8 aprile 2021);
- Leucemia mieloide cronica (presentato in data 1 giugno 2019, approvato dalla regione in data 22 luglio 2020);
- Neoplasie mieloproliferative croniche ph negative (presentato in data 3 aprile 2020, in attesa di approvazione regionale);
- Sindromi mielodisplastiche (presentato in data 9 aprile 2020, in attesa di approvazione regionale);
- Leucemie Acute (presentato in data 23 settembre 2019, in attesa di approvazione regionale).

2) Implementazione di nuovi PDTA. Nel 2021 sono stati presentati due nuovi PDTA:

- Linfomi non Hodgkin (presentato in data 27 agosto 2021, in attesa di approvazione regionale);
- Malattia di Castleman (presentato in data 13 dicembre 2021, approvato il 17 febbraio 2022).

Per il 2022 è prevista la stesura del PDTA "Trapianto di cellule staminali ematopoietiche".

3) Revisione di PDTA esistenti. Per il 2022 è stata programmata la revisione dei seguenti PDTA:

- Mieloma Multiplo
- Leucemia linfatica cronica.

Entrambe le revisioni sono in attesa delle autorizzazioni AIFA di nuovi farmaci o combinazione di farmaci per la cura di queste due patologie.

E' stata inoltre trasmessa in Regione (nota prot. 12386 del 23/02/2022) la relazione sull'applicazione dei PDTA, con l'analisi del numero dei pazienti affetti dalla patologia prevista dal PDTA dedicato ed il numero dei pazienti a cui si applica il relativo PDTA.

**S.A.1.1: Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19**

Conto di CE	Valore CE	Valore CE al netto del COVID	Valore programmato	Scostamento Assoluto	Scostamento percentuale
Rispetto del vincolo di Bilancio programmato al netto dei costi e ricavi di cui COVID	-56.744.853,75	-50.871.897,24	0	-50.871.897,24	-

Come si evince dal prospetto di sintesi, il valore "parametro" su cui effettuare la verifica del rispetto del vincolo è il valore del risultato d'esercizio del CE consuntivo depurato dal valore del CE di cui Covid determinato secondo i criteri definiti da Azienda Zero con mail del 19/05/2022.

Il risultato del CE Covid 2021 evidenzia una perdita di 5,8 milioni di euro che sterilizza il risultato del CE consuntivo da -56,7 milioni di euro a -50,9 mln di €.

Tale risultato discosta dal valore programmato pari a zero, ma ai fini di una corretta valutazione di tale obiettivo è opportuno evidenziare alcuni aspetti determinanti:

1- Livelli di attività erogata

Come già avvenuto nell'anno 2020, anche nell'esercizio 2021, a causa del persistere dell'emergenza COVID, i livelli di attività, pur in ripresa, non hanno raggiunto quelli registrati nell'anno 2019. Il valore annuo dei mancati ricavi per ricoveri e prestazioni specialistiche, a confronto con l'anno 2019, è pari a 22,3 milioni di euro come evidenziato nella tabella sotto riportata.

	Anno 2019	Anno 2021	Delta
Ricoveri	148.356.281,03	126.626.519,25	- 21.729.761,78
Specialistica	52.006.923,97	51.400.867,58	- 606.056,39
Totale	200.363.205,00	178.027.386,83	- 22.335.818,17

2- Valorizzazione Tariffa Ricoveri per mobilità extra

Per l'attività di ricovero extra regione, in sede di mobilità è stata applicata la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) la cui valorizzazione è inferiore di circa 1,2 milioni rispetto alla valorizzazione secondo il tariffario regionale.

3- Finanziamento SUEM

La funzione SUEM assegnata a questa Azienda risulta sotto finanziata. A fronte di costi certificati nel Modello LA 2021 pari a € 7.346.000, l'Azienda ha ricevuto un finanziamento a funzione di 6.298.000 €, con delta negativo di circa 1 milione di euro.

#### 4- Riacquisto strumentario chirurgico

A fronte del costo sostenuto per il riacquisto dello strumentario chirurgico nell'ambito del progetto di riorganizzazione della centrale di sterilizzazione, pari a € 7.564.000, il valore del finanziamento assegnato è stato di € 6.200.000, con un delta negativo di circa 1,3 milioni di euro.

#### 5- Accantonamenti per rinnovi contrattuali

In attesa del rinnovo contrattuale, sono stati effettuati accantonamenti pari a 9,5 milioni di euro.

#### 6- Variazione negativa delle rimanenze di beni

Il valore delle rimanenze a fine anno ha rilevato una variazione negativa per 2,8 milioni di euro. Sebbene l'Azienda abbia rispettato i limiti di tetto di spesa per i farmaci, e motivato lo scostamento per quello relativo ai dispositivi, tale riduzione delle rimanenze ha influito sul risultato d'esercizio.

#### 7- Incremento dei prezzi delle utenze

Sono stati registrati maggiori costi per le utenze elettriche e di riscaldamento a causa dell'aumento dei prezzi delle materie prime per un importo di 3,4 milioni di euro.

#### 8- Valutazione sui costi del personale

Come richiesto dalla Regione, nel CE Covid i valori riportati sono quelli "incrementali", relativi a nuove assunzioni specificatamente motivate dall'emergenza COVID.

In realtà, l'emergenza sanitaria ha richiesto non solo nuove assunzioni, bensì anche la ricollocazione di personale, già presente in organico, presso servizi dedicati a fronteggiare la pandemia o allestiti per tale finalità. Si fa riferimento al personale trasferito presso le aree interessate direttamente alla gestione di pazienti COVID (degenze, PS), presso il punto dedicato alla campagna vaccinale, e presso i servizi di supporto (monitoraggio varchi, punti tampone, SUEM/trasporti, servizi di diagnostica), e quindi distolto dalle ordinarie linee di produzione.

Se si fosse adottato il criterio del "costo di destinazione", il valore di riferimento sarebbe stato pari a 42 milioni di euro, come riportato nella tabella seguente, che distingue il costo per linea di attività:



CONTO DI C.E. - DESCRIZIONE	Degenza ospedaliera	Covid point / punti tampone	Punti vaccinali	Varchi accesso strutture aziendali	Pronto soccorso	Laboratorio analisi e microbiologia	SUEM e altri trasporti sanitari	Altre strutture ospedaliere	PREMIALITA' COVID	Altro non ricompreso nelle categorie precedenti	TOTALE
<i>Totale Costo del Personale</i>	22.551.472,48	1.958.126,63	1.256.510,90	333.310,77	4.691.556,24	2.598.996,19	402.594,01	182.320,77	463.743,04	4.974.275,82	39.412.906,87
<i>IRAP relativa a personale dipendente)</i>	1.518.216,75	131.662,96	84.459,76	22.405,26	316.012,07	174.689,49	27.178,39	12.259,53	31.473,66	334.641,24	2.652.999,11
											42.065.905,98

Depurando tale valore da quello riportato nel CE di cui Covid il costo residuale non attribuito all'emergenza ma comunque sostenuto dall'Azienda sarebbe pari a 32,6 milioni di euro.

	VALORE INCREMENTALE	VALORE PER DESTINAZIONE	delta
<i>Totale Costo del Personale</i>	8.855.347,33	39.412.906,87	30.557.559,54
<i>IRAP relativa a personale dipendente)</i>	588.982,76	2.652.999,11	2.064.016,35
	9.444.330,09	42.065.905,98	32.621.575,88

In sintesi, si riportano nella tabella seguente i valori di cui ai punti precedenti, che consentono la riconduzione del risultato economico di esercizio al valore obiettivo.

Risultato d'esercizio	-56,7
CE Covid	5,8
Livelli di attività erogata	22,3
Tariffe ricoveri mobilità extra	1,2
Finanziamento SUEM	1
Riacquisto strumentario chirurgico	1,3
Rinnovi contrattuali	9,5
Variazione rimanenze	2,8
Incremento prezzi utenze	3,4
Costi del personale (COVID)	32,6

#### S.A.2.1 Efficienza finanziaria(vedasi par. 4.1.2)

#### S.A.3.1 Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34

Con DGRV n. 552 del 05/05/2020 la Regione del Veneto ha approvato ilPiano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventiepidemici con contestuale potenziamento della disponibilità di posti lettoe definizione di indirizzi operativi.Con successiva DGRV n. 782 del 16/06/2020 la Regione ha definito e programmato le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza

epidemiologica da Covid-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 (cosiddetto Decreto Rilancio convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020 n. 77).

In particolare, la DGRV n. 782/2020 ha approvato, in adempimento a quanto previsto dal sopraccitato decreto legge in materia sanitaria, una serie di documenti tra i quali un "Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" di cui all'allegato E della DGRV stessa.

Tale Piano recepisce puntualmente quanto disposto dal D.L. 34/2020 e prevede nello specifico:

- a) L'incremento di posti letto di terapia intensiva;
- b) La riqualificazione di posti letto di area semi-intensiva;
- c) La realizzazione di strutture movimentabili;
- d) La riqualificazione della rete di emergenza urgenza ospedaliera;
- e) Il potenziamento del sistema di soccorso di emergenza territoriale e in particolare del SUEM.

Relativamente a questa Azienda Ospedale - Università Padova il Piano di riorganizzazione prevede, nel dettaglio:

- a) L'attivazione di n. 18 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e n. 28 posti letto aggiuntivi in terapia semi-intensiva e la conseguente realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo.
- b) la realizzazione di una struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnosticaradiologica dedicata (TAC) per l'Ospedale di Via Giustiniani e la realizzazione di una struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso per l'Ospedale Sant'Antonio;
- c) l'adeguamento impiantistico e strutturale del SUEM 118.

Si riportano quindi di seguito i lavori effettuati nel 2021 ad adempimento di quanto sopra riportato:

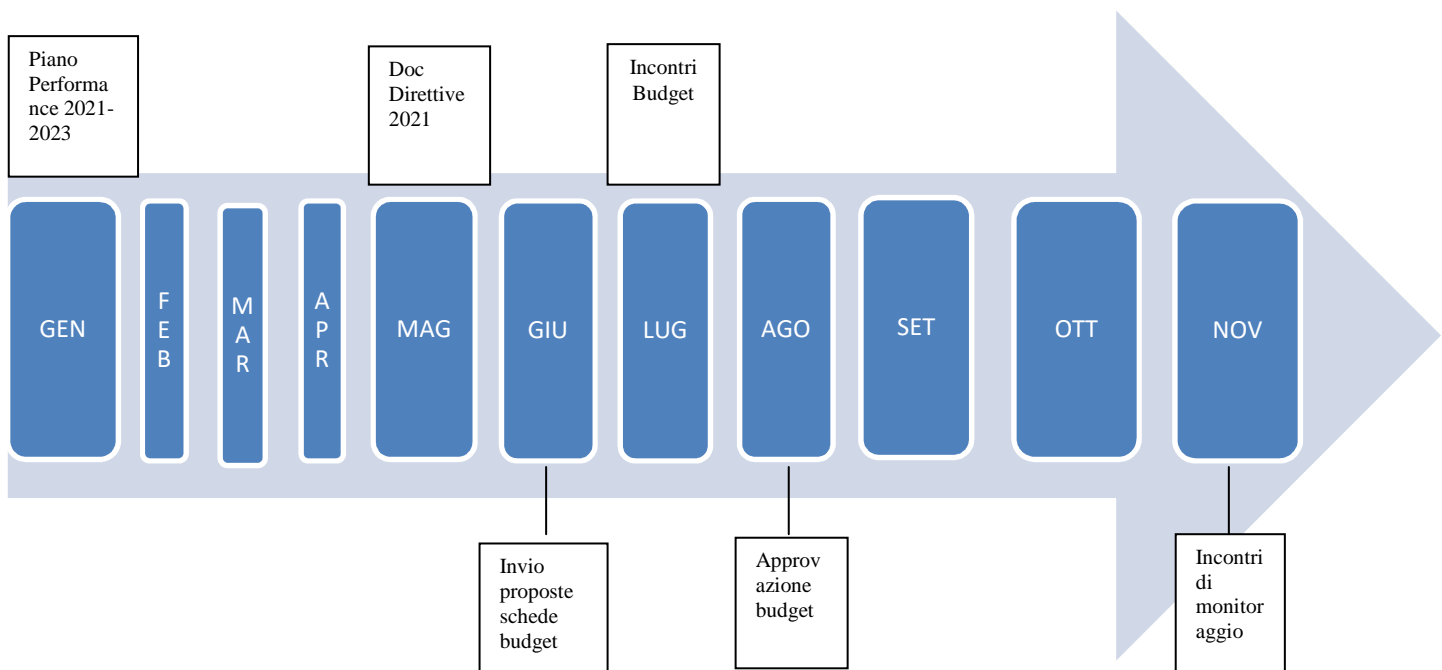
<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' svolte fino al 31 dicembre 2021</b>	
<b>Lavori di Riqualificazione Centrale Operativa SUEM 118 – Commessa 1645</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approvazione adesione accordo Quadro – sublotto 2 e Ordine di Attivazione per la progettazione definitiva</li> <li>- Consegna progetto definitivo</li> <li>- Approvazione progetto definitivo, Ordine di Attivazione per la progettazione esecutiva e il Coordinamento Sicurezza in fase di progettazione dei Lavori;</li> <li>- Approvazione progetto esecutivo, Ordine di Attivazione per la Direzione Lavori e il Coordinamento sicurezza in fase di esecuzione, Ordine di Attivazione per i Lavori di riqualificazione;</li> <li>- Consegna dei lavori in via d'urgenza al RTI Engie Servizi Spa e S.A.C. Società Appalti Costruzioni</li> <li>- Stipula Contratto Lavori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDG n. 3 del 11/01/2021</li> <li>- 16/04/2021</li> <li>- DDG n. 867 del 14/05/2021</li> <li>- DDG n 1335 del 16/07/2021</li> <li>- 26/08/2021</li> <li>- 31/08/2021</li> </ul>
<p>Gli obiettivi fissati al 31/12/2021 prevedevano l'approvazione del progetto esecutivo e l'avvio dei lavori di riqualificazione. Entrambi gli obiettivi risultano raggiunti.</p>	
<b>Lavori di Realizzazione area rossa COVID-19 OBI al primo piano del Pronto Soccorso Centrale e per la realizzazione di nuovi laboratori di biologia molecolare e della nuova area ambulatoriale al piano rialzato del monoblocco ex centro cottura – Commessa 1640</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approvazione adesione accordo Quadro – sublotto 2 e Ordine di Attivazione per la progettazione definitiva</li> <li>- Consegna progetto definitivo</li> <li>- Approvazione progetto definitivo, Ordine di Attivazione per la progettazione esecutiva e il Coordinamento Sicurezza in fase di progettazione dei Lavori;</li> <li>- Consegna Progettazione esecutiva</li> <li>- Approvazione Ordine di Attivazione per il servizio di verifica della progettazione esecutiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDG n. 3 del 11/01/2021</li> <li>- 29/07/2021</li> <li>- DDG n. 1657 del 17/09/2021</li> <li>- 25/11/2021</li> <li>- DDG 2292 del 17/12/2021</li> </ul>
<p>Gli obiettivi fissati al 31/12/2021 prevedevano l'approvazione del progetto definitivo e la consegna del progetto esecutivo. Entrambi gli obiettivi risultano raggiunti.</p>	
<b>Lavori di Realizzazione Terapia Intensiva al 6° piano del Policlinico corpo Trattamenti – Commessa 1646</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approvazione adesione accordo Quadro – sublotto 2 e Ordine di Attivazione per la progettazione definitiva</li> <li>- Consegna progetto definitivo</li> <li>- Approvazione progetto definitivo, Ordine di Attivazione per la progettazione esecutiva e il Coordinamento Sicurezza in fase di progettazione dei Lavori;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DDG n. 3 del 11/01/2021</li> <li>- 06/04/2021</li> <li>- DDG 2438 del 31/12/2021</li> </ul>
<p>L'obiettivo fissato al 31/12/2021 prevedeva l'approvazione del progetto definitivo. Tale obiettivo risulta raggiunto.</p>	

### 3.2 Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano della Performance 2021-2023 sono stati assegnati alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) tramite il processo di budget che, come nel 2020, ha previsto incontri svolti in videoconferenza con i Direttori delle UU.OO., suddivisi per Dipartimento.

Il percorso di assegnazione ha seguito i seguenti passaggi:

- la UOC Controllo di Gestione, secondo le indicazioni della Direzione, e con il supporto delle strutture competenti, ha predisposto le proposte di schede di budget contenenti obiettivi e risorse declinati per Centro di Responsabilità (così definiti nel Documento delle Direttive, DDG n. 798 del 06/05/2021).
- Le proposte di schede sono state inviate alle UUOO e successivamente si sono effettuati gli incontri con i Direttori delle singole UUOO. Negli incontri sono stati presentati gli obiettivi regionali e quelli assegnati alle UU.OO.
- Obiettivi e risorse assegnati, così come formalizzati nelle schede di budget 2021, sono stati approvati con deliberazione del direttore generale DDG n. 1.570 del 30/08/2021, firmati per approvazione dai Direttori di UU.OO. e dalla Direzione Strategica e pubblicati in Intranet.



Il monitoraggio degli obiettivi è stato effettuato a novembre attraverso incontri con le UU.OO. suddivise per dipartimento.

Con nota prot. 29848 del 29/04/2022 si è inviato alle UU.OO il pre-consuntivo del monitoraggio finale delle schede di budget. Si è data l'opportunità alle UU.OO. di analizzare gli scostamenti e produrre eventuali relazioni giustificative. La valutazione finale, attualmente in corso, terrà conto, in alcuni casi, di eventuali motivazioni note all'Azienda o segnalate dai Centri di Responsabilità che sono causa di un mancato raggiungimento dell'obiettivo dovuto a cause esterne. Tali obiettivi saranno valutati dai diversi referenti aziendali di obiettivo, che verificheranno l'esattezza delle giustificazioni, e decideranno se:

- stralciare l'obiettivo, senza quindi attribuire punteggio (nel caso in cui l'obiettivo è risultato non coerente con l'attività effettivamente realizzata dalla struttura; o l'obiettivo era impossibile da raggiungere per cause esterne all'unità operativa, ad esempio perché legato ad un progetto regionale/aziendale che è stato rinviato; o infine quando la misurazione non è risultata disponibile/attendibile);
- giustificare l'obiettivo, attribuendo quindi il punteggio in tutto o in parte (qualora l'UO avesse comunque svolto il lavoro richiesto dall'obiettivo, pur non raggiungendo pienamente la soglia).

La valutazione dei singoli Centri di Responsabilità è distinta per Dirigenza e Comparto, come previsto dalle linee guida regionali di cui alla DGR n. 140/2016. Per la Dirigenza solo poche Unità Operative hanno conseguito una valutazione compresa tra il 60% e l'80%; per il Comparto la valutazione è superiore al 70%.

### **3.3 Performance individuale - obiettivi individuali**

#### **3.3.1 Sistema di valutazione**

Il sistema di valutazione è un processo ormai consolidato in Azienda Ospedale-Università Padova, che vede coinvolto sia il personale dipendente, dirigente e non dirigente, che il personale universitario in convenzione per l'attività connessa all'assistenza, in applicazione degli accordi integrativi con i rappresentanti sindacali di categoria e come definito anche con i competenti uffici dell'Università.

Il Documento Individuale di Valorizzazione adottato in Azienda, articolato per specifica area contrattuale, è strutturato in modo da misurare la performance individuale non solo in termini di contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi, ma anche per gli aspetti relazionali e di collaborazione con i colleghi, disponibilità al cambiamento e all'innovazione.

Il processo di valutazione si divide in più fasi, sintetizzate nel modo seguente:

#### **A. Compilazione del DIV su supporto informatico da parte dei valutatori.**

Per ciascun dipendente si individua annualmente il documento di valorizzazione, associato al/ai valutatore/i, che esprimerà un giudizio on-line, secondo le indicazioni e le linee guida fornite, e lo condividerà con il personale valutato mediante colloqui volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze attesi. Successivamente viene formalizzata la consegna delle schede e la sottoscrizione della stessa da parte del valutatore. La presa visione da parte del valutato dall'anno 2019

avviene direttamente on-line, sostituendo pertanto la sottoscrizione cartacea, tramite l'accesso da parte dello stesso nella procedura informatica.

**B. Condivisione con il dipendente valutato e sottoscrizione della copia cartacea da entrambi (valutatori e valutato).**

La versione definitiva del documento individuale di valorizzazione viene sottoscritta dai soggetti preposti. Contestualmente il valutato può richiedere un colloquio con i valutatori per un confronto in merito alla valutazione ricevuta, la stessa poi viene archiviata in forma cartacea all'interno del fascicolo personale presso l'U.O.C. Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convezione e Rapporti con l'Università.

**C. Procedura dei Ricorsi**

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione di prima istanza, espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso, entro 30 giorni dalla consegna del documento o dalla presa visione online, esplicitandone le motivazioni.

L'Azienda ha individuato un organismo interno con il compito di analizzare i ricorsi presentati. Come già esplicitato nel Piano della Performance, il collegio è composto da tre membri, individuati nella DDG n.1022 del 24/08/2017 per il personale dell'area Comparto e nella DDG n.241 del 01/03/2019 per le aree della Dirigenza. Allo scopo di esprimere un giudizio sul punto, il collegio raccoglie tutti gli elementi utili mediante specifiche relazioni da parte dei soggetti valutatori, nonché colloqui individuali con i ricorrenti. L'esito del ricorso e le relative motivazioni vengono comunicate ai soggetti interessati; le eventuali modifiche alla valutazione derivanti dall'accoglimento dei ricorsi comporterà il corrispondente adeguamento economico.

Si precisa che, secondo il sistema di valutazione adottato, la valutazione negativa comporta la non compilazione della scheda (DIV) e l'obbligatorietà di allegare una relazione redatta dai valutatori. In tal caso è previsto l'intervento dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Quest'ultimo può essere coinvolto anche nel caso il Collegio aziendale lo ritenesse opportuno per alcuni peculiari ricorsi ricevuti.

Si specifica infine che, mentre la valutazione di prima istanza attiene alla verifica ed alla valutazione di merito dei risultati conseguiti e delle attività professionali svolte da parte dei valutatori, quella di seconda istanza attiene alla verifica ed alla validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima istanza, con la possibilità di modificarla ed integrarla qualora si rilevassero anomalie significative.

**D. Erogazione delle quote di produttività/risultato**

Le quote di produttività/risultato vengono erogate definendo un budget per unità operativa sulla base del raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) e il punteggio della valutazione individuale desumibile dal documento di valorizzazione della professionalità (performance individuale), tenendo conto dei criteri di proporzionamento di seguito esplicitati.

**COMPARTO**

Le fasi attraverso le quali si sviluppa il processo di valutazione mettono in evidenza il legame tra gli obiettivi definiti a livello aziendale e quelli che ogni singolo valutatore assegna ai propri collaboratori, in una logica di condivisione, partecipazione e miglioramento.

Il documento è caratterizzato dall'individuazione delle seguenti due aree, specifiche per settore di attività:

Area della Capacità	nella quale vengono individuati dei criteri che permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività dell'unità operativa di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.
Area della Conoscenza	nella quale vengono individuati dei criteri atti a garantire la determinazione della correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Sono state individuate più figure professionali con il compito di esprimere un giudizio sull'attività della persona, secondo i criteri di seguito descritti per le aree della capacità e della conoscenza, con l'ausilio di una guida, illustrata nel proseguo della relazione, allo scopo di rendere omogenea a livello aziendale la graduazione della valutazione, considerando la specificità della singola realtà di struttura e a seconda del ruolo rivestito dal singolo.

Fermo restando che la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura, lo stesso viene supportato da un collaboratore che opera a diretto contatto con il valutato con il quale condivide il giudizio, adottando qualsiasi metodo ritenuto idoneo al fine di esprimere la valutazione più oggettiva.

#### **Area della capacità (Relativa alla retribuzione per l'incentivazione alla produttività)**

Nell'area della capacità sono stati individuati tre criteri di verifica atti a certificare la capacità del singolo nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, assegnati in sede di contrattazione di budget, alla struttura in cui presta servizio.

Tale valutazione permette di determinare la quota incentivante individuale, desumibile dalla somma dei valori assegnati per ogni criterio di seguito descritto.

<i>Criteri area della capacità - Incentivi</i>	
<b>Orientamento al risultato</b>	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.
<b>Impegno, partecipazione e qualità della prestazione</b>	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nell'U.O., portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in



	modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.
<b>Adattabilità</b>	Disponibilità al cambiamento, determinato dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, atto a migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza, eliminando le rigidità del sistema.

Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 1,4,7,10 fino ad un valore massimo di 30 punti complessivi.

Non è richiesta la compilazione dell'area della capacità qualora i valutatori ritenessero di esprimere una valutazione non positiva; in tal caso è richiesta una specifica relazione sull'attività del valutato che comporterà la non distribuzione del conguaglio della premialità.

#### **Area della conoscenza (Relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale)**

Nell'area della conoscenza sono stati individuati dei criteri atti a valorizzare le prestazioni erogate, la professionalità e la competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Tale valutazione determina un valore, desumibile dalla somma dei parametri assegnati per ogni criterio di seguito descritto, che sommati ai valori risultanti dall'area della qualità permettono di redigere la graduatoria per la progressione orizzontale.

<b>Criteri area della conoscenza - Progressione orizzontale</b>	
<b>Responsabilità</b>	Affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di afferenza compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti dell'Azienda, adottando le linee guida e i protocolli di Unità Operativa definiti dall'Azienda.
<b>Relazioni</b>	Lavorare con l'equipe della propria Unità Operativa con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale, dove le competenze e le professionalità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo alle aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.
<b>Autonomia</b>	Gestire in modo autonomo le linee guida e protocolli attuativi interni ed esterni alla struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.



Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo che identifica il giudizio espresso il cui valore numerico complessivo per ogni criterio corrisponde a 10 punti, fino a raggiungere un valore massimo di 30 punti complessivi.

### Collegamento con il sistema premiante

Il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto:

- delle risorse disponibili derivanti dai fondi contrattuali nell'anno di riferimento, a seguito di quanto concordato in sede di contrattazione decentrata;
- della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);
- del numero di personale afferente all'interno del Servizio, tenendo conto della categoria di appartenenza, secondo un coefficiente definito nel Contratto Integrativo Aziendale.

L'Intesa sottoscritta in data 15/07/2021 con le organizzazioni sindacali confermano i criteri storici che prevedono l'adozione delle seguenti fasce per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget:

Se risultato è < 30%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 30%	valore attribuito:	50%
Se risultato è ≥ 50%	valore attribuito:	70%
Se risultato è ≥ 70%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni Struttura viene poi distribuito tra i singoli individui sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione "area capacità", nonché considerando ulteriori indicatori quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e categoria di appartenenza).

### DIRIGENZA

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

<i>Criteri</i>	
<b>Relazione</b>	Rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al

		servizio degli obiettivi del gruppo.
<b>Autonomia Responsabilità</b>	<b>e</b>	Rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.
<b>Impegno, partecipazione e livello di complessità</b>		Rileva il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte.
<b>Attività didattica aggiornamento</b>	<b>scientifica, e</b>	Misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni.

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

### Collegamento con il sistema premiante

Anche per l'area della Dirigenza, il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto:

- delle risorse disponibili derivanti dai fondi contrattuali nell'anno di riferimento, a seguito di quanto concordato in sede di contrattazione decentrata;
- della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);
- del numero di dirigenti afferenti all'interno del Servizio.

In continuità con il metodo applicato negli anni precedenti, sono state adottate delle fasce per il collegamento dei risultati del budget individuale, come illustrato nello schema seguente:

Se risultato è < 40%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 40%	valore attribuito:	60%
Se risultato è ≥ 60%	valore attribuito:	80%
Se risultato è ≥ 80%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni singola Struttura viene poi distribuito tra i singoli dirigenti sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione, nonché considerando ulteriori indicatori, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza

previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e incarico professionale per la sola dirigenza PTA).

### 3.3.2 Sintesi delle valutazioni

Il processo di valutazione coinvolge tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedale-Università Padova e il personale convenzionato con l'Università di Padova per un totale di 7122 persone valutate e 7630 Documenti di Valutazione generati.

Il maggior numero di DIV rispetto al numero di valutati deriva dal fatto che il personale, soprattutto i dipendenti dell'area comparto, afferenti all'area assistenziale, cambiano sede di lavoro nel corso dell'anno e di conseguenza hanno più periodi di valutazione espressi da valutatori differenti.

Come per lo scorso anno, il numero di persone sottoposte a valutazione è incrementato notevolmente rispetto agli anni precedenti in ragione dell'acquisizione a far data dal 01/01/2020 dell'Ospedale Sant'Antonio per cessione di ramo d'Azienda ex art.47 Legge 428/1990.

Inoltre, anche per il corrente anno, all'interno dell'Azienda la gestione dell'emergenza epidemiologica Covid-19 ha comportato la necessità di una generalizzata riorganizzazione delle attività in ambito sanitario che ha visto da un lato un incremento dei posti letto nelle Unità Operative di Terapia Intensiva, Sub-Intensiva e Malattie Infettive, e dall'altro, nella riconversione di intere Unità Operative che sono state dedicate ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti da contagio.

Pertanto, si è provveduto ad una revisione delle modalità di lavoro con un incremento rilevante sia dell'attività lavorativa sia del numero di unità di lavoratori quotidianamente impegnati a fornire prestazioni necessarie per l'emergenza in atto. Tale riorganizzazione ha richiesto molteplici trasferimenti di personale, anche per breve tempo, verso gli ambiti che più lo richiedevano, con particolare riferimento ai periodi di maggior picco epidemiologico.

Secondo il sistema di valutazione vigente in Azienda, ad ogni cambio di sede viene generato un diverso DIV e, tenendo conto dei molti trasferimenti nel corso del 2021, si sarebbe visto un maggior numero di DIV (circa 1.327) da compilare da parte dei valutatori. Pertanto, al fine di non gravare nei soggetti valutatori in questo periodo, comunque impegnativo, sia in termini quantitativi di valutazioni da stilare sia in termini di periodi troppo brevi da valutare in modo oggettivo, rimane vigente ciò che era stato definito con le Organizzazioni Sindacali di procedere solamente alla valutazione dei periodi superiori a 90 giorni. Il punteggio della valutazione in argomento verrà esteso ai restanti periodi non valutati, al fine di riconoscere una quota premiante di valenza annuale. Tale metodologia è estesa anche per il personale della Dirigenza.

#### VALUTAZIONI TOTALI

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
COMPARTO	Dip.ti AOP	5549	6020
	Dip.tiConv. UNI	238	247
	Totale	5787	6267

<b>DIRIGENZA</b>	Dip.ti AOP	976	994
	Dip.tiConv. UNI	359	369
	<b>Totale</b>	<b>1335</b>	<b>1363</b>
	<b>Totale complessivo</b>	<b>7122</b>	<b>7630</b>

#### VALUTAZIONI PERSONALE AREA DIRIGENZA

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
<b>DIRIGENTI AREA SANITA'</b>	Dip.ti AOP	954	972
	Dip.tiConv. UNI	354	364
	<b>Totale</b>	<b>1308</b>	<b>1336</b>
<b>DIRIGENTI AREA PTA</b>	Dip.ti AOP	22	22
	Dip.tiConv. UNI	5	5
	<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
	<b>Totale complessivo</b>	<b>1335</b>	<b>1363</b>

#### VALUTAZIONI PERSONALE AREA COMPARTO

Profilo professionale	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
<b>Pers. Infermieristico</b>	Dip.ti AOP	3258	3578
	Dip.tiConv. UNI	11	11
	<b>Totale</b>	<b>3269</b>	<b>3589</b>
<b>Pers. Tecnico Sanitario/Riabilitazione</b>	Dip.ti AOP	513	535
	Dip.tiConv. UNI	66	66
	<b>Totale</b>	<b>579</b>	<b>601</b>
<b>Personale OSS</b>	Dip.ti AOP	1112	1229
	Dip.tiConv. UNI	0	0
	<b>Totale</b>	<b>1112</b>	<b>1229</b>
<b>Personale Amm.vo/Tecnico</b>	Dip.ti AOP	666	678
	Dip.tiConv. UNI	161	170
	<b>Totale</b>	<b>827</b>	<b>848</b>
	<b>Totale complessivo</b>	<b>5787</b>	<b>6267</b>

In linea con la revisione dei processi organizzativi e nell'ottica di aumentare la sicurezza informatica è stato rivisto il programma dedicato, mantenendo tuttavia le medesime funzioni e modalità di utilizzo. Tale necessità ha comportato un ritardo sulla tempistica ordinaria della chiusura e nonostante ciò tutti i soggetti

coinvolti nel processo in parola hanno attivato ogni misura utile atta a velocizzare e concludere in tempi brevi l'intero ciclo con l'erogazione finale delle quote di premialità ai lavoratori.

Il termine è stato fissato distintamente per le due aree:

- AREA COMPARTO : il giorno 15/07/2022 per la compilazione e chiusura informatica dei documenti di valutazione e per la raccolta dei documenti cartacei il 29/07/2022;
- AREA DIRIGENZA : il giorno 01/08/2022 per la compilazione e chiusura informatica dei documenti di valutazione e per la raccolta dei documenti cartacei il 19/08/2022.

Ad oggi tutti i DIV sono stati chiusi informaticamente.

Con riferimento alla presa visione informatica della valutazione da parte dei valutati, ad oggi, risultano visionati l'86% dei DIV del Comparto e l'82% della Dirigenza. Si precisa che parte del personale valutato non è ora in servizio in azienda per cessazione (per questi vi è la disponibilità di credenziali provvisorie per la visione della valutazione) e una parte ha sottoscritto e firmato in modo cartaceo il documento di valutazione.

I documenti cartacei sono in fase di raccolta e controllo da parte della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università, per la successiva archiviazione a fascicolo personale.

Il termine per la presentazione di eventuali ricorsi è fissato per il giorno 31 agosto 2022 per il personale dell'area Comparto, mentre il giorno 09 settembre 2022 per il personale dell'area Dirigenza. Alla data 29/08/2022 sono pervenuti alla UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università n.22 ricorsi di dipendenti dell'area comparto e n. 1 da parte della dirigenza medica.

La procedura informatica è stata completata con la chiusura definitiva delle 7630 DIV predisposte. Non sono emerse criticità nella fase di compilazione, e dall'analisi sui DIV non valutati, secondo le indicazioni riportate dai valutatori, non risultano schede riconducibili a valutazioni negative. Si procede di seguito all'analisi dei punteggi generati dall'area Capacità dei DIV, che determinano la quota individuale del sistema premiante.

### **Analisi delle valutazioni correlate al sistema premiante - Area Comparto**

Le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21/30 punti.

### **Area Capacità**

CAPACITA' - Criteri per l'erogazione della <i>Produttività Individuale</i>				
1. Orientamento al risultato	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
2. Impegno, partecipazione e qualità delle prestazioni	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
3. Adattabilità	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>				<b>30</b>

INCENTIVI

**AREA CAPACITA'** I criteri permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività della Struttura di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.

Criteri individuati	Descrizione	PERFORMANCE ATTESA			
		Valutazione ☺	Valutazione ☺☺	Valutazione ☺☺☺	Valutazione ☺☺☺☺
<u>1. Orientamento al risultato</u>	Abitudine nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, ma non dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro e con l'implementazione delle azioni previste.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro, implementando le azioni previste e motivando e coinvolgendo i colleghi.
<u>2. Impegno, partecipazione e qualità della prestazione</u>	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nella Struttura di afferenza, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.	Non sempre ha rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con ripetuti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha rispettato i piani di lavoro in modo non sempre tempestivo ma con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse, dimostrando capacità di prioritizzare le attività nelle situazioni di routine.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse dimostrando capacità di prioritizzare le attività anche nelle situazioni che si discostano dalla routine.
<u>3. Adattabilità</u>	Disponibilità al cambiamento, determinata dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, per migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.	Raramente riesce ad affrontare in modo efficace variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Quasi sempre riesce ad affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro in modo parzialmente efficace.	Dimostra di saper affrontare in modo efficace le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Dimostra di saper affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo in maniera propositiva ed efficace.

Il valore numerico per ognuno 1,4,7,10, per un totale massimo di 30 punti:

<b>Criterio</b>	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
<b>Criterio</b>	1	4	7	10

**ANALISI COMPLESSIVA DEI TRE CRITERI DELL'AREA CAPACITA'**

Profilo	Valore Medio	Deviazione Standard	Valore Minimo	Valore Massimo
Pers. Infermieristico	28,77	3,21	3,00	30,00
Pers. Tecnico Sanitario/Riab.	29,64	1,55	12,00	30,00
Personale Amm.vo/Tecnico	29,15	2,84	3,00	30,00
Personale OSS	28,52	3,71	3,00	30,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>28,86</b>	<b>3,17</b>	<b>3,00</b>	<b>30,00</b>

Come si evince dalla tabella, complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 28,86 su un punteggio massimo di 30, con una deviazione standard pari a 3,17. Ciò significa che non c'è molta variabilità nei punteggi espressi dai valutatori e si registra una tendenza del valore medio prossimo al valore

massimo. Tale tendenza conferma l'andamento degli anni precedenti registrando, nel 2021 rispetto al 2020, un lieve aumento del valor medio e un lieve aumento del valore medio e della variabilità delle valutazioni espresse.

Analizzando poi i dati per profilo professionale, si conferma quanto già rilevato per l'anno scorso. Nonostante i valori medi siano prossimi alla media complessiva, si rileva una media più alta per il personale Tecnico-Sanitario con un indice di dispersione minore, mentre la media è più bassa per gli Operatori Socio Sanitari, per i quali si registra la variabilità dei punteggi espressi più alta.

Di seguito osserveremo invece come sono state espresse le valutazioni per singolo criterio appartenente all'area della capacità del DIV.

#### ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DELL'AREA CAPACITA'

Profilo	Media di Punteggio "Orientamento"	Media di Punteggio "Impegno"	Media di Punteggio "Adattabilità"	Dev. standard di Punteggio "Orientamento"	Dev. standard di Punteggio "Impegno"	Dev. standard di Punteggio "Adattabilità"
Pers.Infermieristico	9,50	9,62	9,64	1,31	1,13	1,08
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	9,86	9,90	9,87	0,67	0,61	0,60
Personale Amm.vo/Tecnico	9,71	9,73	9,71	1,07	1,04	1,02
Personale OSS	9,46	9,51	9,55	1,37	1,33	1,28

Totale complessivo	9,56	9,64	9,66	1,25	1,13	1,08
--------------------	------	------	------	------	------	------

Come già espresso, le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21 punti.

Il punteggio desumibile dal documento di valorizzazione determina un riproporzionamento della quota individuale di incentivo/risultato come di seguito evidenziato.

<i>Punteggio complessivo area capacità</i>	<i>Quota incentivi corrispondente</i>
Non valutati	Quota non erogata
3<21	Riduzione oltre del 30%
21	Riduzione del 30%
24	Riduzione del 20%
27	Riduzione del 10%
30	Quota massima

Quindi ipotizzando una quota conguaglio di € 1.000, a parità di altri parametri che incidono sulla determinazione degli importi individuali (categoria, presenza nel corso dell'anno, tipologia di rapporto di lavoro,...), un dipendente che riporta una valutazione pari a 21 punti percepirà una quota inferiore di € 300.

Punteggio DIV	Quota Incentivi	Conguaglio	Scostamento dal Valore massimo
12	€	400,00	- € 600,00
15	€	500,00	- € 600,00
18	€	600,00	- € 400,00
21	€	700,00	- € 300,00
24	€	800,00	- € 200,00
27	€	900,00	- € 100,00
30	€	1.000,00	

### **Analisi delle valutazioni correlate alla professionalità- Area Comparto**

Le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21/30 punti.

### **Area Conoscenza**



CONOSCENZA - Criteri per la valutazione della <i>Professionalità</i>				
1. Responsabilità	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
2. Relazioni	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
3. Autonomia	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
<i>PUNTEGGIO MASSIMO</i>				30

**AREA CONOSCENZA** I criteri permettono di determinare la correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Criteri individuati	Descrizione	Valutazione ▶	Valutazione ▶▶	PERFORMANCE ATTESA	
				Valutazione ▶▶▶	Valutazione ▶▶▶▶
<b>4. Responsabilità</b>	Affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di afferenza, compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti, adottando le linee guida e i protocolli della Struttura di afferenza definiti dall'Azienda.	Utilizza parzialmente e in maniera incompleta la documentazione presente fornendo scarsi dati relativi all'utente, cogliendo raramente le cause dei problemi e proponendo sporadicamente interventi appropriati e/o l'applicazione di procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente tende però a fornire pochi dati relativi all'utente, cogliendo le cause dei problemi ma registrandoli raramente, proponendo interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente le cause dei problemi, proponendo costantemente interventi appropriati e applicando le procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo numerosi dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente le cause dei problemi, proponendo costantemente interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali, attivandosi anche per trovare/individuare soluzioni innovative.
<b>5. Relazioni</b>	Lavorare con l'equipe/gruppo della propria Struttura di afferenza con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale dove le competenze e la professionalità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo alle aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.	Il dipendente tende a non comunicare o a comunicare molto poco, raramente informa ed argomenta l'utente circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica con discontinuità utilizzando sporadicamente modalità adeguate all'interlocutore, qualche volta informa ed argomenta circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando modalità adeguate all'interlocutore, informa ed argomenta sempre circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando sempre modalità adeguate all'interlocutore, informa, argomenta e coinvolge sempre l'utente circa le attività che deve svolgere con atteggiamento rivolto alla collaborazione, rispondendo alle aspettative e ai bisogni e richiedendo il consenso ove necessario.
<b>6. Autonomia</b>	Gestire in modo autonomo le linee guida e i protocolli attuativi interni ed esterni alla Struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo non efficace, intertempive anche se coerenti.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace perché coerenti e tempistiche.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace coerenti e tempistiche anche in situazioni di routine e d'emergenza.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace, coerenti e tempistiche anche in situazioni complesse.
	<b>PUNTEGGIO</b>	2,5	5	7,5	10

#### ANALISI COMPLESSIVA DEI TRE CRITERI DELL'AREA CONOSCENZA

Profilo	Valore Medio	Deviazione Standard	Valore Minimo	Valore Massimo
Pers. Infermieristico	28,87	2,68	7,5	30,00
Pers. Tecnico Sanitario/Riab.	29,60	1,38	17,00	30,00
Personale Amm.vo/Tecnico	28,96	2,69	7,5	30,00
Personale OSS	28,73	3,04	7,5	30,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>28,92</b>	<b>2,68</b>	<b>7,5</b>	<b>30,00</b>

Come si evince dalla tabella, complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 28,92 su un punteggio massimo di 30, con una deviazione standard pari a 2,68. Ciò significa che non c'è molta variabilità nei punteggi espressi dai valutatori e si registra una tendenza del valore medio prossimo al valore massimo.

Analizzando poi i dati per profilo professionale, si rileva, come per l'area capacità, una media più alta per il personale Tecnico-Sanitario con un indice di dispersione minore, mentre la media è più bassa per gli Operatori Socio Sanitari, per i quali si registra la variabilità dei punteggi espressi più alta.

Di seguito osserveremo invece come sono state espresse le valutazioni per singolo criterio appartenente all'area della conoscenza del DIV.

#### ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DELL'AREA CONOSCENZA

Profilo	Media di Punteggio "Responsabilità"	Media di Punteggio "Relazioni"	Media di Punteggio "Autonomia"	Dev. standard di Punteggio "Responsabilità"	Dev. standard di Punteggio "Relazioni"	Dev. standard di Punteggio "Autonomia"
Pers.Infermieristico	9,66	9,72	9,49	0,96	0,89	1,16
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	9,87	9,91	9,81	0,61	0,47	0,69
Personale Amm.vo/Tecnico	9,66	9,72	9,58	1,03	0,95	1,10
Personale OSS	9,59	9,64	9,49	1,10	1,04	1,21
Totale complessivo	9,67	9,72	9,53	0,97	0,90	1,13

Il criterio "Autonomia" riporta la media di punteggio più bassa e un indice di variabilità più alto, evidenziando le difficoltà di raggiungimento del personale.

#### Analisi delle valutazioni correlate al sistema premiante - Area Dirigenza

Le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato ovvero pari a 72/100 per l'area della Dirigenza Medica e Sanitaria Ospedaliera e pari a 54/75 per la Dirigenza Universitaria.

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA – DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE					
CRITERI INDIVIDUATI	Descrizione	□	□ □	PERFORMANCE ATTESA □ □ □	□ □ □ □
<b>1. Relazioni</b>	Il criterio rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi del gruppo.	Minima capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; scarso orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; frequente ricorso all'autorità in luogo dell'autorevolezza.	Discreta capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; apprezzabili tentativi di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.	Buona capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; appropriato orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; valida capacità di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.	Ottime capacità di porre in essere processi di comunicazione efficaci e motivanti; notevole orientamento all'approccio condiviso e al clima di collaborazione; buonissima capacità di ottenere il consenso senza imporre il proprio ruolo, nonché di favorire lo sviluppo delle competenze e attitudini soggettive di ciascuno.
<b>2. Autonomia e Responsabilità</b>	Il criterio rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.	Scarsa propensione a porre in un'ottica di orientamento al risultato con tendenza ad aspettarsi soluzioni dall'esterno e a fossilizzarsi nelle proprie competenze specifiche trascurando di elaborare visioni e azioni d'insieme.	Apprezzabile tendenza ad affrontare le situazioni incerte e dinamiche senza aspettarsi che vengano risolte da altri con discreta capacità di porre in ottica collaborativa con gli altri attori coinvolti.	Ampia capacità di affrontare le evenienze responsabilmente e in autonomia sempre, in un'ottica di risultato a prescindere dalle proprie competenze specifiche e in piena collaborazione con tutti gli attori coinvolti.	Ottima capacità di prendere con tempestività decisioni efficaci ed efficienti, coinvolgendo al massimo chiunque possa apportare beneficio alla situazione specifica da affrontare.
<b>3. Impegno, Partecipazione e Livello di complessità</b>	Il criterio rileva il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'pletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte.	Tendenza ad attenersi allo svolgimento dei propri compiti specifici conformandosi molto spesso a norme e consuetudini non sempre nel rispetto di appropriatezza e tempismo senza porre in essere strumenti di feedback né proposizione di modelli innovativi.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un discreto grado di impegno e specializzazione, i quali vengono svolti senza limitarsi a norme e consuetudini e il più delle volte nel rispetto di efficienza appropriata e tempismo; l'attività di feedback e lo sforzo innovativo risultano sporadici.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un buon grado di impegno e specializzazione, i quali vengono svolti con efficienza appropriata e tempismo preoccupandosi di approfondire le eventuali implicazioni; apprezzabili i meccanismi di feedback posti in essere con sostanziale regolarità e i tentativi di proporre modelli innovativi.	Svolgimento di compiti caratterizzati da un elevato grado di impegno e specializzazione che vengono sviluppati in modo esaustivo nel massimo rispetto di efficienza, appropriatezza e tempismo; strutturata attivazione di meccanismi di controllo e riorganizzazione del lavoro per il recepimento dei cambiamenti e la loro traduzione in nuovi obiettivi da realizzare.
<b>4. Attività Scientifica, Didattica e Aggiornamento</b>	Il criterio misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni.	Minima disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e scarsa propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come faticosa incombenza piuttosto che come occasione di crescita professionale. Scarsa propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Discreta disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e apprezzabile propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come onere aggiuntivo ma anche occasione di crescita professionale. Positiva propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Buona disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento e significativa propensione a farsi coinvolgere in programmi di didattica e ricerca; l'insieme di queste attività viene visto come valida occasione di crescita professionale. Notevole propensione a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze.	Elevata disponibilità a frequentare eventi di aggiornamento nonché propensione a farsi coinvolgere attivamente in programmi di didattica e ricerca, ritenuti indispensabili per una crescita professionale polivalente. Adozione sistematica di meccanismi atti a trasferire ad altri il proprio bagaglio di conoscenze al fine di migliorare il rendimento di tutto il gruppo di lavoro.
<b>Valore numerico per criterio</b>		4	11	18	25

Anche per l'area della Dirigenza, la procedura informatica è stata completamente ultimata con la chiusura definitiva delle 1363 DIV predisposte.

Per l'analisi delle valutazioni espresse si prende come riferimento la Dirigenza operante nell'area assistenziale, ovvero Dirigenti Medici e Dirigenti Sanitari, rappresentante più del 97% (n. 1336 DIV) dell'area dirigenziale.

#### ANALISI COMPLESSIVA DEI CRITERI

Dirigenti Sanità	Area	Valore Medio	Deviazione Standard	Valore Minimo	Valore Massimo
Ospedalieri		98,31	5,63	44	100
Universitari		74,13	3.36	47	75
Totale		91,04	12.05	44	100

Sintetizzando i punteggi espressi dai valutatori si rileva una media pari a 98,31 su un punteggio massimo di 100 per i dirigenti ospedalieri e pari a 74,13 su 75 per i dirigenti universitari convenzionati. La differenza di punteggio tra dirigenti ospedalieri e universitari è dovuta ad un'intesa con l'Università che prevede che uno dei quattro criteri non venga considerato ai fini della valutazione.

Con la tabella seguente invece sono state analizzati i singoli criteri che compongono la valutazione complessiva.

#### ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DI VALUTAZIONE

Dirigenti Sanità	Area	Criteri DIV	Media
Ospedalieri		Media di Punteggio Relazioni	24,69
		Media di Punteggio Autonomia	24,63
		Media di Punteggio Impegno	24,79
		Media di Punteggio Attività	24,20
		Dev. standard di Punteggio Relazioni	2,11
		Dev. standard di Punteggio Autonomia	2,12
		Dev. standard di Punteggio Impegno	1,79
		Dev. standard di Punteggio Attività	3,0

Dirigenti Sanità	Area	Criteri DIV	Media
Universitari		Media di Punteggio Relazioni	24,67
		Media di Punteggio Autonomia	24,67
		Media di Punteggio Impegno	24,80
		Dev. standard di Punteggio Relazioni	1,49
		Dev. standard di Punteggio Autonomia	1,58
		Dev. standard di Punteggio Impegno	1,15

Osservando le medie complessive per singolo criterio, il valore più alto si registra nel criterio Impegno, atto a rilevare il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate, mentre il valore medio più basso corrisponde al criterio Attività per la Dirigenza Ospedaliera, che misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni. Quest'ultimo criterio infatti presenta il maggior indice di dispersione, ovvero uno scostamento dalla media maggiore rispetto agli altri criteri.

Come per l'area del personale del Comparto, anche se i valori medi rilevati negli anni si assestano tendenzialmente verso il valore massimo, una differenza minima di punteggio comporta comunque quote di retribuzione di risultato diverse.

Il punteggio desumibile dal documento di valorizzazione determina un riproporzionamento della quota individuale di risultato come di seguito evidenziato, a titolo esemplificativo per la Dirigenza Area Sanità.

<b>Punteggio complessivo</b>	<b>Quota risultato corrispondente</b>
non valutati	quota non erogata
16<72	riduzione oltre del 28%
72	riduzione del 28%
79	riduzione del 21%
86	riduzione del 14%
93	riduzione del 6%
100	quota massima

Quindi, considerata ad esempio, una quota di retribuzione di risultato per un Dirigente Medico di € 2.500, a parità di altri parametri che incidono sulla determinazione degli importi individuali (presenza nel corso dell'anno, tipologia di rapporto di lavoro,...), un dirigente che riporta una valutazione pari a 72 punti percepirà una quota inferiore di € 700.

<b>Punteggio DIV</b>	<b>Quota Risultato</b>	<b>Scostamento dal Valore massimo</b>
72	€ 1.800,00	-€ 700,00
79	€ 1.975,00	-€ 525,00
86	€ 2.150,00	-€ 350,00
93	€ 2.325,00	-€ 175,00
100	€ 2.500,00	

### **Confronto con le valutazioni espresse l'anno precedente**

Dal raffronto delle valutazioni medie con le due annualità 2020 e 2021, si conferma un trend in diminuzione dei valori medi rispetto all'anno scorso sia per il personale del comparto che per la dirigenza.

Si rileva una riduzione in termini percentuali delle valutazioni con valori massimi nel personale Dirigente ospedaliero con un correlato incremento dei valori inferiori ma comunque superiore o uguale al valore standard.

Personale area Comparto

	valore medio anno 2020	valore medio anno 2021
<i>Punteggio "Orientamento"</i>	9,54	9,30
<i>Punteggio "Impegno"</i>	9,67	9,39
<i>Punteggio "Adattabilità"</i>	9,64	9,40
<b>Punteggio "Totale area capacità"</b>	<b>28,85</b>	<b>28,09</b>

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV 2020	
3<21	118	1,96%
21	291	4,83%
24	197	3,27%
27	408	6,77%
30	4882	80,99%
non valutati	132	2,19%

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV 2021	
3<21	128	2,04%
21	312	4,98%
24	175	2,79%
27	367	5,86%
30	5119	81,68%
non valutati	166	2,65%

<b>totale</b>	<b>6028</b>
---------------	-------------

<b>totale</b>	<b>6267</b>
---------------	-------------

Dirigenza Area Sanità Ospedaliera e Universitaria convenzionata

Dirigenti Area Sanità	Criteri DIV	valore medio anno 2020	valore medio anno 2021
Ospedalieri	Punteggio Relazioni	24,59	24,69
	Punteggio Autonomia	24,60	24,63
	Punteggio Impegno	24,70	24,79
	Punteggio Attività	24,44	24,20
	<b>Punteggio Totale</b>	<b>98,33</b>	<b>98,31</b>
Universitari	Punteggio Relazioni	24,73	24,67
	Punteggio Autonomia	24,64	24,67
	Punteggio Impegno	24,87	24,80
	<b>Punteggio Totale</b>	<b>74,24</b>	<b>74,14</b>

Punteggio complessivo	totale DIV 2021 ospedalieri	
< 50	3	0,31%
50 < 72	6	0,62%
72	18	1,85%
79	16	1,65%
86	38	3,91%
93	107	11,01%
100	771	79,32%
non valutati	13	1,34%

<b>totale</b>	<b>972</b>
---------------	------------

Punteggio complessivo	totale DIV 2021 convenzionati	
< 37,5	0	0,00%
37,5 < 54	1	0,27%
54	4	1,10%
61	4	1,10%
68	20	5,49%
75	329	90,38%
non valutati	6	1,65%

<b>totale</b>	<b>364</b>
---------------	------------

totale DIV 2020 ospedalieri	
3	0,33%
1	0,11%
8	0,88%
5	0,55%
22	2,43%
84	9,26%
772	85,12%
12	1,32%

<b>907</b>
------------

totale DIV 2020 convenzionati	
0	0,00%
0	0,00%
1	0,29%
4	1,17%
25	7,31%
305	89,18%
7	2,05%

<b>342</b>
------------

## 4 Risorse, efficienza ed economicità

### 4.1.1 Evoluzione della performance economica dell'azienda

	Consuntivo 2020	Bep 2021 DGR n. 1500/2021	Consuntivo 2021	Delta Bep 2021 Consuntivo 2021	Delta 2021 2020
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>-24.375.182</b>	<b>-95.414.112</b>	<b>-56.744.854</b>	<b>38.669.258</b>	<b>-32.369.672</b>
Totale valore della produzione (A)	679.851.042	623.822.591	725.595.511	101.772.920	45.744.469
Totale costi della produzione (B)	685.526.183	697.980.887	758.119.854	60.138.966	72.593.671
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-4.602	-55.276	-1.498	53.778	3.104
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.048.498	0	-2.045.018	-2.045.018	-4.093.516
Totale imposte e tasse	20.743.936	21.200.539	22.173.995	973.456	1.430.059

Con DGR n. 1500/2021, la Giunta della Regione Veneto ha adottato il bilancio economico di previsione consolidato del Servizio Sanitario Regionale 2021, che recepiva per l'Azienda Ospedale Università di Padova la proposta di Bilancio Economico Preventivo Annuale 2021 adottata con delibera n.1907 del 31/12/2020, con una perdita d'esercizio di 95,4 milioni di euro.

Il Bilancio d'esercizio 2021 presenta una perdita d'esercizio di 56,7 milioni di euro, generata da valore e costi della produzione pari rispettivamente a 725,6 e 758,1 milioni di euro, proventi e oneri straordinari per -2 milioni di euro, e 22,2 milioni di euro di imposte e tasse.

Il risultato d'esercizio 2021 peggiora rispetto all'esercizio 2020 di 32,4 milioni di euro, con ricavi e costi in incremento rispettivamente di 45,7 milioni e 72,6 milioni di euro, con un differenziale su proventi e oneri straordinari di -4,1 milioni di euro e un incremento di imposte e tasse per 1,4 milioni di euro.

Rispetto al Bilancio Economico Preventivo 2021, il risultato d'esercizio 2021 migliora di 38,7 milioni di euro, principalmente per effetto dei seguenti fattori:

1. dalla valorizzazione dei ricavi, in incremento rispetto al preventivo di 101,8 milioni di euroriconducibili a contributi in conto esercizio (63,5 milioni di euro), a ricavi per prestazioni (48,2 milioni di euro), a utilizzo fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati di esercizi precedenti (13,1 milioni di euro), ad altri ricavi e proventi (3,5 milioni di euro) compensati dalle riduzioni delle rettifiche dei contributi in conto esercizio per investimenti (-18,8 milioni di euro), da concorsi recuperi e rimborsi (-3 milioni di euro), da ticket (-1,9 milioni), da quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (-2,7 milioni di euro);
2. dall'incremento dei costi di produzione per 60,1 milioni di euro, principalmente per acquisti di beni (17,2 milioni di euro), acquisti di servizi (17,9 milioni di euro), manutenzioni (2,6 milioni di euro), personale (7,2 milioni di euro), accantonamenti d'esercizio (13,2 milioni di euro) e variazione rimanenze (2,8 milioni) non valorizzate a preventivo;



3. da un differenziale di 2 milioni di euro per proventi e oneri straordinari difficilmente prevedibili a preventivo 2021;
4. dall'incremento di imposte e tasse per 973 mila euro.

#### **4.1.2 Evoluzione dei tempi medi di pagamento**

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, e viene perciò calcolato a partire dal valore ottenuto moltiplicando l'importo corrisposto ai fornitori in relazione alle diverse fatture per i giorni di ritardo o di anticipo rispetto alla scadenza legale, fissata in 60 gg. data ricevimento fattura (D.lgs. 231/2002, art. 4, c. 5, lettera b), poi suddiviso per il totale dei pagamenti.

Dai giorni calcolati dalla data di ricezione della fattura alla data del pagamento vengono se del caso scomputati eventuali periodi di sospensione per contestazioni ai fornitori o per il successivo effettivo collaudo del cespite.

Va precisato peraltro che l'indicatore risente dell'attuale impossibilità di scorporare anche i gg. legati ad eventuali "non conformità" rilevate in sede di controllo di magazzino, per l'impossibilità di acquisire tale dato direttamente dalla procedura, nonché quelli dovuti alle tempistiche di rilascio del DURC da parte degli enti competenti, non sempre tempestive (in alcuni periodi anche oltre i 15 gg).

Dal calcolo sono escluse tutte le partite riferite a debiti non commerciali ossia le fatture per interessi di mora, risarcimenti danni, spese per cause civili, spese per recupero crediti, spese legali, indennità del Collegio Sindacale e spese a titolo di rimborso.

Le fatture relative alle cosiddette "Poste R", ossia quelle relative agli scambi operati tra le aziende sanitarie appartenenti al bilancio consolidato della sanità della regione, sono conteggiate all'interno del calcolo senza rilevazione di ritardo o anticipo sul pagamento, in quanto per queste partite provvede la Regione attraverso il meccanismo di compensazione finanziaria attivato ogni trimestre, sulla scorta dei dati raccolti attraverso un gestionale regionale.

Considerato che il processo di liquidazione nonché pagamento dei documenti passivi interessa gran parte dell'area amministrativa, è da rilevare che la stabilità organizzativa aziendale influisce nella realizzazione del raggiungimento dell'obiettivo.

Esiste tuttavia anche un ulteriore effetto esterno che influisce nel processo di liquidazione delle fatture, collegato ai nuovi obblighi richiesti con l'avvio, a partire dal 01/01/2021 per i beni e dal 01/01/2022 per i servizi, degli ordinativi informatici tramite il canale NSO, che introduce la verifica da parte della P.A. e nel caso specifico dell'Azienda della "tripletta" data ordine, identificativo ordine e endpoint (ufficio emittente ordine) nella fattura elettronica emessa dal fornitore pena la mancata liquidazione/pagamento della stessa.

Tale verifica, in aggiunta a quelle già introdotte dalla normativa della fatturazione elettronica (CIG/CUP-AIC-n.ro REPERTORIO-conti di bilancio), assorbono in termini operativi maggior tempo nella fase

del ricevimento del documento e/o nella fase di liquidazione, con aumento dei casi di gestione delle non conformità considerato che l'obbligo della compilazione di tali campi è un adempimento che spetta al fornitore per il pagamento a buon fine.

Il proseguimento dell'emergenza sanitaria anche nell'esercizio 2021 ha richiesto maggior impegno da parte delle strutture amministrative sia nel mantenere il supporto all'area sanitaria nei diversi ambiti che tale emergenza richiedeva, sia per le nuove progettualità (es. programmazione per PNRR), sia per la riprogrammazione successiva delle attività momentaneamente sospese a causa dell'emergenza, garantendo al tempo stesso il mantenimento di livelli di sicurezza operativa all'interno delle strutture ed il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto dei termini di pagamento e dell'abbattimento del debito scaduto.

L'impegno profuso dall'Azienda nell'esercizio 2021 nel diminuire il debito scaduto è stato supportato da nuovi strumenti informatici di analisi e rilevazione, che in maniera più tempestiva e immediata hanno permesso il monitoraggio del debito da abbattere e il contenimento nella generazione di nuovo scaduto.

Il primo step è stato supportare i centri liquidatori nell'identificare i documenti prioritari nella lavorazione, in base ai termini di scadenza, con specifiche estrazioni a frequenza settimanale, inviate a tutti i centri liquidatori, del dato analitico dei documenti di prossima scadenza.

Successivamente, nel corso dell'anno è stato implementato un sistema di reportistica realizzato tramite l'applicativo QLIK, che rende disponibile, ad integrazione dei report inviati settimanalmente, un ampio set di informazioni ed indicatori, sia di sintesi che di dettaglio, costantemente aggiornati, tali da supportare ampiamente, e sotto ogni aspetto, le azioni da intraprendere al fine del raggiungimento del risultato.

Tale reportistica consente un'approfondita analisi del debito e del pagato a diversi livelli di approfondimento:

- ad uso della direzione strategica, offrendo una visione aziendale delle dinamiche;
- a beneficio dei singoli centri liquidatori, mettendo a disposizione una serie di elaborazioni, anche in forma grafica, della situazione e del suo trend evolutivo;
- ad uso dei singoli operatori dei diversi servizi.

Nel dettaglio, lo strumento offre la visuale sul ciclo di vita delle singole partite, con specifici focus su quelle scadute o da scadere, integrando il database relativo alla verifica di regolarità contributiva con evidenza dei fornitori prossimi al termine di validità del DURC; ciò consente agli operatori la pianificazione delle priorità, sia dal punto di vista della liquidazione dei documenti che della programmazione finanziaria relativa al pagamento degli stessi e per i documenti già estinti, l'analisi dell'indicatore di tempestività e delle eventuali sospensioni che ne concorrono al conteggio.

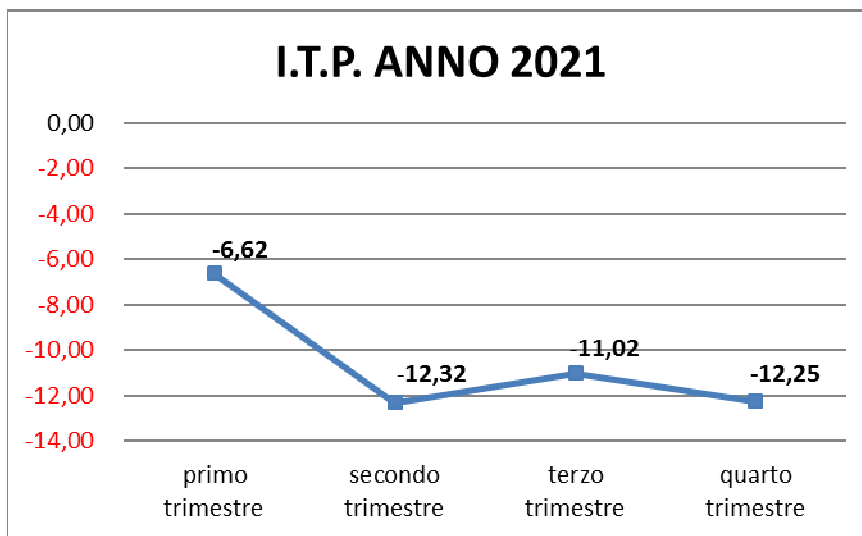
Di seguito si riporta l'analisi degli indicatori in relazione tra loro:

1. Indicatore di Tempestività dei Pagamenti (I.T.P.);
2. Totale Pagato Annuo e Rapporto con il pagato oltre i termini;
3. Ammontare del debito scaduto

## 1. Indicatore di Tempestività dei Pagamenti ((I.T.P.):

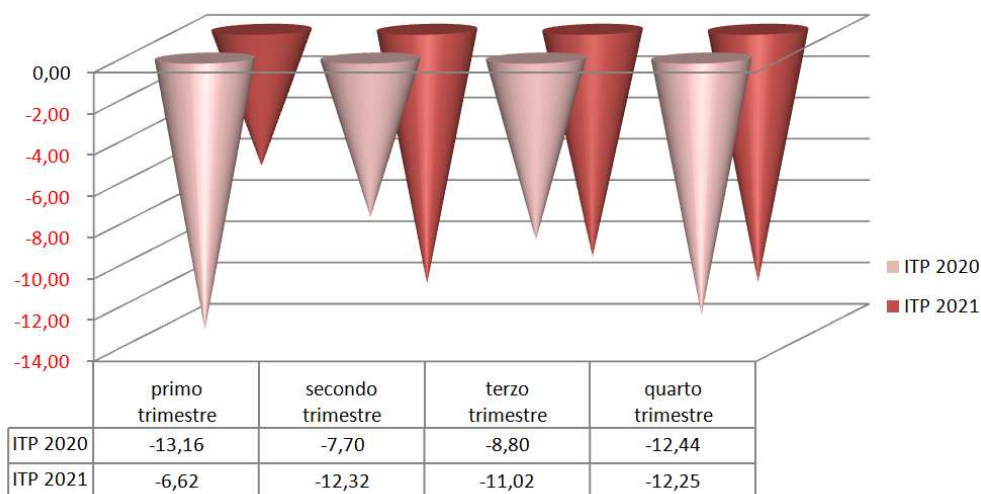
Nel corso del 2021, l'indicatore raggiunge l'obiettivo richiesto dalla normativa (entro 60 gg.), sia come media trimestrale sia se calcolato per l'intero anno, attestandosi a valori al disotto dello zero. Tradotto in giorni medi di pagamento, l'indicatore rappresenta una situazione che vede la media nell'anno dei tempi pagamento attestata a c.a. 50 giorni.

Quanto sopra riportato emerge anche dalla rappresentazione grafica dell'andamento dell'indicatore per l'esercizio 2021:



Rispetto all'esercizio 2020 il valore dell'indice di media annuale presenta un miglioramento, passando da un valore di media annuale pari a -10,44 ad un valore pari a -10,58, come risulta dal grafico:

### Andamento I.T.P. 2020-2021

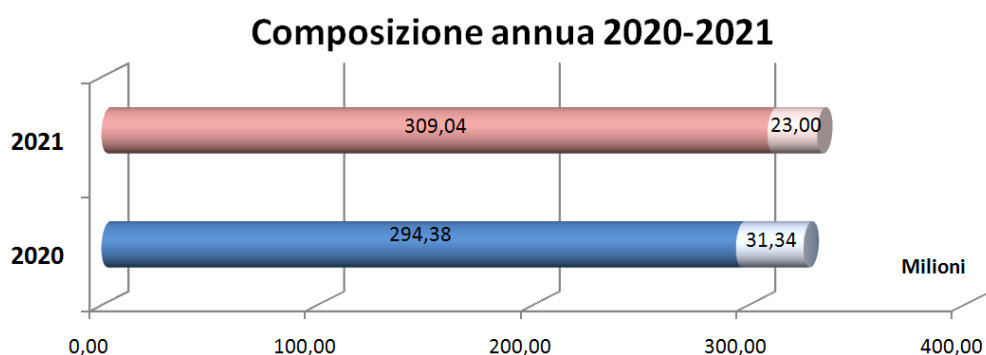


La rappresentazione grafica sopra riportata evidenzia, come quasi a parità di valore tra i due esercizi, in realtà la composizione all'interno dei trimestri di riferimento sia diversa, a causa della composizione del valore del pagato e del rapporto scaduto/pagato oltre i termini come esplicitato nel paragrafo successivo.

## 2. Totale Pagato Annuo e Rapporto con il pagato oltre i termini

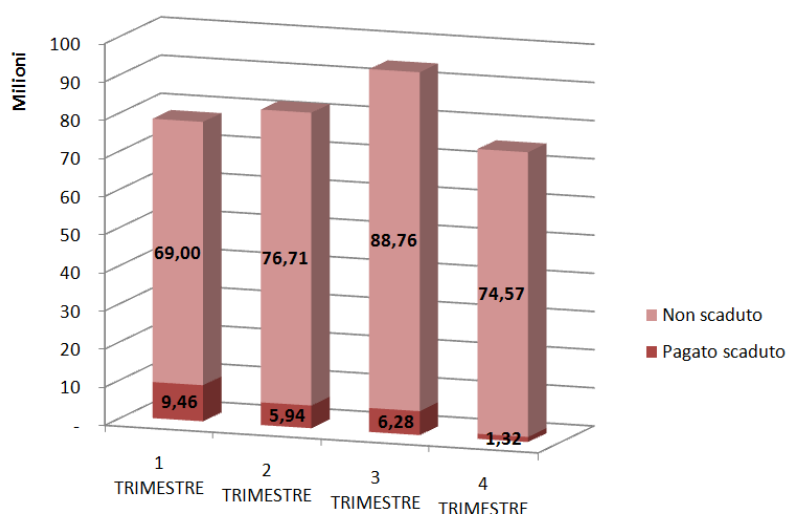
Il valore annuo del totale pagato dei debiti commerciali per l'anno 2021 ammonta a circa 332,04 mln di euro, rispetto a circa 303,9 mln di euro dell'anno 2020.

L'incremento del volume dei pagamenti è stato reso possibile da un lato dal progressivo aumento della rimessa mensile da parte di Azienda Zero, rimodulata in funzione dei nuovi flussi generati dall'acquisizione dell'Ospedale Sant'Antonio, e dall'altro dallo sforzo profuso dall'Azienda nel raggiungimento dell'obiettivo di abbattimento del debito, il cui trend in generale è in diminuzione nei trimestri; questo è rappresentato nel grafico seguente sia in termini di valore che percentuale.



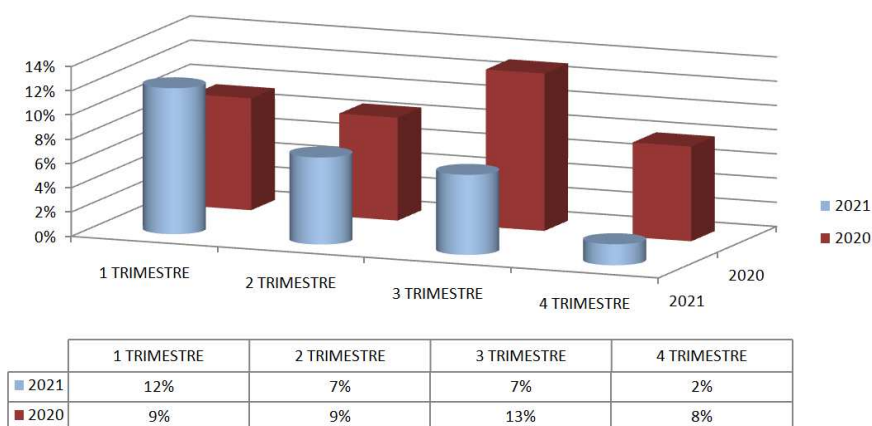
	2020	2021
Non scaduto	294.376.211,27	309.039.829,10
Scaduto	31.341.753,64	22.998.351,92

### Composizione pagamenti 2021



	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
Non scaduto	68.995.209,91	76.711.568,44	88.758.571,53	74.574.479,22
Pagato scaduto	9.457.292,49	5.937.688,25	6.282.169,95	1.321.201,23

### Incidenza % scaduto su totale pagato 2020-2021

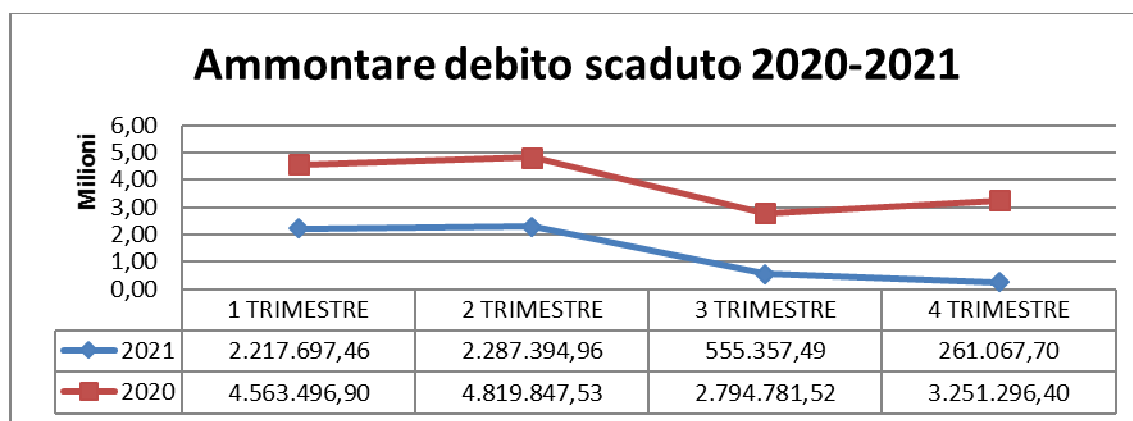


Dall'analisi grafica si rileva come la composizione dei pagamenti per la parte relativa ai pagamenti oltre i termini rilevi un trend in diminuzione e quindi una minor incidenza percentuale sul totale pagato con maggiori effetti nel quarto trimestre 2021.

### 3. Ammontare del debito scaduto

Di conseguenza l'andamento nei due semestri del 2021 ha evidenziato un repentino miglioramento, dal terzo trimestre in poi, confermando la sensibilità alla tematica e il recepimento dei nuovi strumenti informatici da parte dei centri liquidatori.

L'anno 2021 si chiude con un debito scaduto del valore lordo IVA di 261 mila euro, rispetto a 3,25 mln di euro dell'anno precedente.



L'analisi grafica evidenzia come anche l'andamento dell'ammontare del debito scaduto ha registrato valori in costante diminuzione. Ciò per effetto dei maggiori pagamenti effettuati nei termini.

In sintesi, quindi, si ritiene che le evidenze fornite rappresentino eloquentemente l'attenzione dedicata dalla Direzione al tema dell'efficienza finanziaria. Sebbene la situazione presente ad inizio anno

rendesse impossibile un pieno raggiungimento del risultato, le azioni poste in essere hanno prodotto un significativo avvicinamento al valore target dell'indicatore di misurazione del rapporto tra pagato scaduto e totale pagato, dimostrando il continuo impegno profuso dall'Azienda anche attraverso un continuo monitoraggio delle modalità operative inerenti al processo di liquidazione nelle diverse strutture ed un'azione pervasiva di motivazione nei confronti di dirigenti ed operatori. Per tal motivo infatti, nella valutazione del singolo obiettivo dell'*incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato*, si ritiene di assegnare una penalizzazione dello 0,75, uguale alla valutazione che la Regione aveva assegnato nel 2020, nonostante il valore annuale sia migliore (6,08% nel 2021, 8,79% nel 2020).

Va peraltro sottolineato come, ai fini del raggiungimento degli obiettivi, generati come output del processo di liquidazione e del loro consolidamento nel tempo, rimanga centrale e determinante il tema dell'adeguata dotazione di personale amministrativo assegnato alle Unità Operative interessate.

## **5 Il processo di redazione della Relazione sulla *performance***

La presente relazione è stata predisposta dalla Direzione con il supporto dell'UOC Controllo di Gestione (relativamente alla performance di livello aziendale ed operativo) e dell'UOC Gestione delle Risorse Umane (relativamente alla performance individuale).

I tempi del processo di redazione della Relazione sulla performance seguiti sono stati definiti per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale dalla DGR n. 140 del 16.2.2016, in base al dettato del d.lgs. 150/2009.

Per quanto riguarda il monitoraggio finale dei budget dei Centri di Responsabilità, sono stati inviati i dati di pre-consuntivo a tutti i Direttori di struttura il 29/04/2022.

All'interno del processo di budget si è collocato l'Organismo Indipendente di Valutazione che ha valutato il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance; ha verificato 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

Azienda Ospedale-Università Padova



# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2021

## ALLEGATO 1



Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
-----------------------	--------	------------	-------	-------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	DGR n. 958 del 13/07/2022	Soglie da DGR 727/2021, DGR 805/2021: da 4.636 a 5.563 molecolari+antigenici (Ulss6+AOUP) da 500 a 600 al giorno ogni 100.000 abitanti	1.170,4	3,5	3,5
	P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer [dosi vaccino Comirnaty-BioNTech/Pfizer somministrate - (fiale Comirnaty-BioNTech/Pfizer consegnate * 6)]/fiale consegnate*100	DGR n. 958 del 13/07/2022	≥ 30%	98,72%	0,5	0,5
	P.A.2.2	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	DGR n. 958 del 13/07/2022	≥ 60%	32,74%	0,5	0,3

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	DGR n. 958 del 13/07/2022	Effettivo adempimento da parte delle Az.san. di quanto previsto dal loro Piano Operativo Az. di recupero delle liste di attesa. Le Aziende devono procedere all'approvazione del proprio PO Az. attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Az Osp dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento. Le Aziende del SSR entro il 28/02/2022 dovranno inviare ai	Inviato Piano Aziendale DDG n. 1216 del 30/06/2021 (nota prot. 42352/2021) e successivo aggiornamento (DDG n. 1753 del 05/10/2021) inviato in Regione con prot. 51497 del 13 agosto 2021 Inviata relazione a consuntivo con prot. 14188 del 28/02/2022	10	10

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 82 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
				competenti uffici una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.			
	D.E.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	DGR n. 958 del 13/07/2022	Raggiungimento dei volumi di prestazioni mensili del 2019 o trend in crescita e almeno il 90% del 2° semestre 2019	101%	5	5
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.2.1	Percentuale di prestazioni [quelle della classe B indicate nel vademecum per i primi accessi, in garantita G1] garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	DGR n. 958 del 13/07/2022	>95%	99,8%	1,5	1,5

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	DGR n. 958 del 13/07/2022	<p>≤ 4% parz soddisfatto se &lt;7 (0,4 punti). Se ≥7 e &lt;7,5 Relazione sulle azioni migliorative entro il 31/03/2022</p>	8,91%	1	0
Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	DGR n. 958 del 13/07/2022	L'indicatore si ritiene soddisfatto con l'effettivo adempimento da parte delle Aziende sanitarie di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa. Le Aziende del SSR devono procedere all'approvazione del proprio PO Aziendale	Inviato Piano Aziendale DDG n. 1216 del 30/06/2021 (nota prot. 42352/2021) e successivo aggiornamento (DDG n. 1753 del 05/10/2021) inviato in Regione con prot. 51497 del 13 agosto 2021 Inviata relazione a consuntivo con prot. 14188 del 28/02/2022	14	14

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 84 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
				<p>attuativo e alla trasmissione dello stesso ad Azienda Zero e all'Area Sanità e Sociale. Le Az Osp dovranno formulare i loro Piani in accordo con le Aziende Ulss di riferimento. Le Aziende del SSR entro il 28/02/2022 dovranno inviare ai competenti uffici una relazione di monitoraggio a consuntivo sull'attuazione di quanto previsto dal loro Piano Operativo Aziendale.</p>			

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 85 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
	O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	DGR n. 958 del 13/07/2022	Raggiungimento dei volumi di prestazioni mensili del 2019 o trend in crescita e almeno il 90% del 2° semestre 2019	89% (90% se si considera attività periodo lug-nov)	6	5
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021	DGR n. 958 del 13/07/2022	≤ 122.710.528 + innovativi 4.103.568 tetto aggiornato (Decreto n. 108 del 14/10/2021)	118.403.187 (-3,51%)	1	1
	O.T.1.1 .PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3	DGR n. 958 del 13/07/2022	100% indicatori rispettati	100%	Pre-requisito	ok
	O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici 2021	DGR n. 958 del 13/07/2022	≤ 69.179.248 tetto aggiornato (Decreto n. 108 del 14/10/2021)	79.561.334 (+15,01%)	1	1

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 86 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
	O.T.1.2 .PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM	DGR n. 958 del 13/07/2022	100% indicatori rispettati	Negativo O.T.1.2PRE.2	Pre-requisito	
	O.T.1.3	Limite di Costo IVD 2021	DGR n. 958 del 13/07/2022	≤ 22.758.502	23.309.445 (+2,42%)	1	1
	O.T.1.3 .PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi DM	DGR n. 958 del 13/07/2022	100% indicatori rispettati	100%	Pre-requisito	ok
Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	O.T.2.1	NSG: Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	DGR n. 958 del 13/07/2022	> 90%	93,3%	5	5
	O.T.2.2	NSG: % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	DGR n. 958 del 13/07/2022	> 80%	80,6%	4	4

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 87 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
	O.T.2.3	NSG: % di parti cesarei primari	DGR n. 958 del 13/07/2022	< 20% se ≥ 1.000 parti all'anno < 15% se < 1.000 parti all'anno	26,5%	3	0
	O.T.2.4	NSG: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	DGR n. 958 del 13/07/2022	>90%	90,3%	4	4
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	DGR n. 958 del 13/07/2022	Si Relazione annuale da inviare entro il 28/02/2022	Inviata relazione con prot. 13808 del 25/02/2022	2	2
Implementazione della Rete Ematologica Veneta	O.T.4.1	Rete Ematologica Veneta: revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA	DGR n. 958 del 13/07/2022	Produrre almeno un nuovo PDTA o la revisione di un PDTA esistente e trasmettere la Relazione annuale sull'applicaz dei PDTA alla Dir Prog San entro il 28/02/2022	Inviata relazione e nuovo PDTA in Regione con prot. 12836 del 23/02/2022	1	1

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 88 di 96



Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	DGR n. 958 del 13/07/2022	Soglia differenziata, come da delibera di assegnazione risorse LEA	-50.871.897,24	Mantenimento	
Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	DGR n. 958 del 13/07/2022	≤ 0 gg	-10,58	Mantenimento	ok
	S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	DGR n. 958 del 13/07/2022	≤ 0%	6,08%	Mantenimento	-0,75
Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	DGR n. 958 del 13/07/2022	Raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021. Relazione sugli stati di avanzamento da inviare entro il 31/01/2022 (schemi che	T.I. completamento progettazione definitiva	8	8

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 89 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
				evidenziano il rispetto o meno dello stato di avanzamento, nel caso di scostamento evidenziare le motivazioni)			
Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	S.A.6.1	Lean Management: partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attesa	DGR n. 958 del 13/07/2022	Invio elenco partecipanti alla formazione di un num dei dipendenti corrispondente a quanto richiesto dalla Regione	Partecipazione al percorso formativo organizzato con SDA Bocconi sul Project Management e il PPP tenutosi feb-apr 2021	1	1
	S.A.6.2	Lean Management: attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	DGR n. 958 del 13/07/2022	Trasmissione entro il 15/12/2021 dello stato di implementazione della rilevazione dei tempi	Trasmessa nota con prot. 81035 del 15/12/2021	1	1

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 90 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	DGR n. 958 del 13/07/2022	≥ 98% ; ≥ 95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)	100%; 100%	0,5	0,5
Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	SIO: partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	DGR n. 958 del 13/07/2022	≥ 90% items Compilazione check list appositamente create entro il 28/02/2022	99,07%	0,5	0,5
	S.B.2.2	SIO: presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	DGR n. 958 del 13/07/2022	Si Presentazione del Piano aziendale delle attività propedeutiche all'avvio del SIO entro il 30/11/2021	Si	0,5	0,5

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 91 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
	S.B.2.3	SIO: adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	DGR n. 958 del 13/07/2022	IQR>80% e superamento test di carico	Superamento parziale test di carico. Monitoraggio definitivo al 31/03/2022. Repository predisposto per i test solo parzialmente	0,5	0,3
	S.B.2.4	SIO: implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	DGR n. 958 del 13/07/2022	Si avvenuto caricamento del nuovo SIO di almeno una parte dei dati di tutte e tre le tipologie (dataset configurazionali e transazionali) secondo le tempistiche regionali	Inviata relazione entro il 30/03/2022	0,5	0,5
	S.B.2.5	SIO: adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	DGR n. 958 del 13/07/2022	Si secondo cronoprogramma	Sì	0,5	0,5

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 92 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Prenotazione online (interoperabilità)	S.B.3.1	Prenotazioni online: stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	DGR n. 958 del 13/07/2022	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	6% disservizio 98% transazioni con tempo medio di risposta <5s	0,5	0,4
	S.B.3.2	Prenotazioni online: monitoraggio	DGR n. 958 del 13/07/2022	1	Monitoraggio effettuato	0,5	0,5
	S.B.3.3	Prenotazioni online: accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	DGR n. 958 del 13/07/2022	Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	0,5	0,5
	S.B.3.4	Prenotazioni online: garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	DGR n. 958 del 13/07/2022	Si secondo cronoprogramma	47% monitoraggio al 31/03/2022	0,5	0,2
	S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi (che non costituiscono pre-requisito) rispettati	DGR n. 958 del 13/07/2022	100%	100%	Mantenimento	ok

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
-----------------------	--------	------------	-------	-------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	DGR n. 958 del 13/07/2022	SI	Monitoraggio con OIV 13/10/2021	1	1
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.1.1	% richieste (provenienti dalla struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza) puntualmente soddisfatte	DGR n. 958 del 13/07/2022	100% nelle tempistiche richieste	Richieste evase nei tempi richiesti	Mantenimento	ok
Ripristino attività di ricovero	I.1	N° pazienti dimessi	Aziendale	>=31.509 (90%dimessi 2°semestre 2019)	32.328		Raggiunto
Ripristino attività specialistica	I.2	N° prestazioni per esterni	Aziendale	>= 2.984.852 (90% volume 2°semestre 2019)	3.474.982		Raggiunto
Ripristino attività interventi chirurgici	I.3	N° atti operatori	Aziendale	>= 28.692 (90% atti del 2° semestre 2019)	33.628		Raggiunto
Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale per interventi chirurgici	O.T.2.1	Area Oncologica: % tempo attesa rispettato per interventi chirurgici classe A	Aziendale	>=90%	84%		

deliberazione n. 1846 del 9/9/2022 pagina 94 di 96

Descrizione Obiettivo	Codind	Indicatore	Fonte	Soglia 2021	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
-----------------------	--------	------------	-------	-------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	Aziendale	>=14.137.717 valore 2° semestre 2019	14.396.467		Raggiunto
Diminuzione degenza media	D.1.2	Degenza mediaDIDAS Medicina	Aziendale	10,71 (2° semestre 2019)	9,62		Raggiunto
Diminuzione degenza media	D.1.2	Degenza mediaDIDAS Chirurgia	Aziendale	6,90 (2° semestre 2019)	6,90		Raggiunto
<b>Performance complessiva obiettivi regionali</b>						<b>80</b>	<b>73,45</b>

## **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 9/9/2022

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

---

Copia composta di n°96 fogli ( incluso il presente ) della delibera n. 1846 del 9/9/2022 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)**

---