

Regione del Veneto
AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA

Delibera del Direttore Generale n. 936 del 10/07/2020

OGGETTO: Relazione sulla performance anno 2019

NOTE TRASPARENZA: Ai sensi della L.R. 55/94 e del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm., si approva la relazione sulla performance dell'anno 2019

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

Il D.Lgs. n. 150/2009 art. 10, comma 1, lettera b), come modificato dal D.Lgs n. 74/2017 art. 8, lettera c, prevede l'obbligo per gli Enti Pubblici di predisporre ed approvare annualmente una Relazione sulla performance che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, rilevando gli eventuali scostamenti.

La Regione Veneto con DGRV n. 140/2016 ha provveduto ad adeguare il proprio ordinamento ai principi contenuti nel predetto Decreto in termini di valutazione e misurazione della performance, approvando le Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Tra i compiti previsti dalle citate Linee Guida regionali è prevista l'approvazione da parte delle Aziende Sanitarie della Relazione sulla Performance e della successiva validazione da parte degli OIV.

Con il presente provvedimento si propone pertanto di approvare la Relazione sulla performance dell'Azienda Ospedale-Università Padova relativa all'anno 2019 la quale riporta in sintesi:

- l'auto-valutazione degli obiettivi aziendali per l'anno 2019, con particolare evidenza degli obiettivi di salute e di funzionamento dei

Regione del Veneto

AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' PADOVA

servizi assegnati alle aziende sanitarie del Veneto con DGRV n. 248/2019. Constatato che alla data odierna la Regione non ha ancora emanato il provvedimento di valutazione degli obiettivi, la stima del raggiungimento aziendale è stata fatta sulla base dei dati a disposizione dell'Azienda e dei dati di pre-consuntivo forniti da Azienda Zero a marzo 2020.

- la metodologia adottata per la valutazione degli obiettivi assegnati alle unità operative con il processo di budget 2019 e i criteri per la determinazione della valutazione individuale.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 all'art. 14, comma 4, lettera c) e ss.mm., la Relazione sulla Performance 2019 sarà sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione e, successivamente, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa 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.nr.92 del 01.08.2016.

DELIBERA

1. di approvare la Relazione sulla performance anno 2019, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b) e ss.mm. e dalla DGRV n. 140 del 2016, documento che viene allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

2. di sottoporre la Relazione sulla performance anno 2019 alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione e, una volta validata, di pubblicarla sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Direttore Generale
F.to Dr.Luciano Flor

Azienda Ospedale-Università Padova



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

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

Indice

1	Presentazione della relazione	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni	4
2.1	La normativa di riferimento	4
2.2	L'Azienda Ospedaliera in cifre	6
3	Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	9
3.1	Gli obiettivi strategici	9
3.2	Gli obiettivi operativi	40
3.3	Performance individuale - obiettivi individuali	42
3.3.1	Sistema di valutazione	42
3.3.2	Sintesi delle valutazioni	47
4	Risorse, efficienza ed economicità	61
4.1.1	Evoluzione della performance economica dell'azienda	61
4.1.2	Evoluzione dei tempi medi di pagamento	62
5	Il processo di redazione della Relazione sulla <i>performance</i>	66
5.1	Fasi, soggetti, tempi e responsabilità	66

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 stakeholder, 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.

Per l'Azienda Ospedale-Università Padova gli obiettivi da conseguire nell'anno 2019, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nei seguenti documenti: Piano della Performance 2019-2021 (DDG n. 105 del 29/01/2019), Documento di Direttive 2019 (DDG n. 129 del 07/02/2019), budget delle Unità Operative (DDG n. 1.024 del 29/08/2019).

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 come condizione per l'accesso ai saldi degli strumenti premiali. 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. La presente relazione sarà pertanto sottoposta, nel caso dell'Azienda Ospedale-Università Padova, all'Organismo Indipendente di Valutazione insediatosi il 19 marzo 2020, a seguito di nomina dei componenti avvenuta con DDG n. 345 del 06/03/2020.

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder 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:

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. 248 del 08/03/2019** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019”.
- **DGR n. 1835 del 06/12/2019** “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2019”.
- **Decreto Regionale n. 23 del 06/02/2019** “Limiti di costo di riferimento per la predisposizione del Bilancio Economico Preventivo (BEP) degli Enti del SSR per l’esercizio 2019”; limiti di costo poi modificati con **Decreti Regionali n. 43 dell’11/04/2019, n. 109 del 15/10/2019, n. 127 del 07/11/2019 e n. 27 del 12/03/2020.**

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

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 Ospedaliera in cifre

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

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

Con la DGR n. 2707/2014 e s.m.i. sono stati riconosciuti n. 52 centri regionali specializzati (24 in area medica, 14 in area chirurgica, 7 in area materno-infantile, 7 nell'area dei Servizi di Diagnosi e cura) i quali si caratterizzano per essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure, attraverso l'erogazione di qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale, la produzione di attività di ricerca riconosciuta a livello nazionale e internazionale e lo svolgimento di attività di formazione su scala regionale.

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

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

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

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

La nuova programmazione regionale prevede, per l'Azienda Ospedale-Università di Padova, n. 1.652 posti letto, più eventuali 30 posti letto per l'attività di ricovero nei confronti di pazienti residenti in altre regioni italiane, e n. 90 apicalità suddivisi nei "Polo Padova Est" (n. 933 posti letto e n. 58 apicalità) e "Polo Giustiniani" (n. 719 posti letto e n. 32 apicalità). Inoltre, presso il "Polo Giustiniani" è prevista la presenza dell'Ospedale di Comunità (anche con funzione di OBE) con 50 posti letto. La DGR 614/2019

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

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

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

I principali dati di attività e di costo dell’anno 2019 sono rappresentati nella tabella seguente, a confronto con il triennio precedente.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Numero Ricoveri ordinari	48.857	48.091	48.174
Numero Ricoveri diurni	11.000	10.529	12.136
Totale ricoveri	59.857	58.620	60.310
Valore DRG attività di ricovero in Euro	266.318.266	264.578.326	273.601.763
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,39	1,40	1,42
Degenza media ricoveri ordinari	7,61	7,68	7,64
Extra Regione (RO+DH)-Mobilità	10,6%	10,5%	11,08%
% Ricoveri Urgenti	58,35%	59,76%	60,52%
Numero ricoveri per trapianto	363	347	331
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	6.985.206	6.871.488	6.298.605
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)*	101.814.375	102.795.490	102.792.961
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto	96.067.854	97.233.706	99.295.961
N. atti operatori (escluso Sala Parto)	44.458	45.217	48.963
Accessi Pronto Soccorso	112.125	115.704	117.439
di cui Pediatrici	24.475	25.305	25.578

Le maggiori voci di costo sono illustrate nella tabella che segue. Si rimanda al paragrafo *Risorse, efficienza ed economicità* per un maggiore dettaglio.

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Costi personale	210.304.040	214.788.756	220.182.875
Costi Beni Sanitari	207.513.658	211.886.673	224.368.310
<i>di cui distribuzione diretta farmaci</i>	78.923.066	81.660.568	81.594.950

In azienda nel corso del 2019 si rileva un incremento dell'attività su ogni indicatore: numerosità ricoveri, complessità dei ricoveri (peso medio e valore medio DRG), incremento dell'attrazione interregionale ed infine incremento del fatturato.

Rispetto al 2018, per i ricoveri, si registra un incremento di attività del 2,9%, dovuto fondamentalmente dall'attività diurna (incremento rispetto al 2018 del 15,3%) accompagnato da un mantenimento dell'attività di ricovero ordinario (+0,2%).

L'attività di ricovero incrementa sia in termini numerici ma anche in termini di importo passando da una valorizzazione di 264,6 milioni anno 2018 a una valorizzazione di 273,6 milioni anno 2019.

Scomponendo i fattori che hanno determinato l'aumento complessivo dell'attività di ricovero e utilizzando gli importi riconosciuti dalla mobilità, si registra un incremento di circa 9 milioni rispetto all'anno precedente, spiegato non solo dall'aumento dell'attività in termini di volumi ma anche da un valore medio più alto della casistica trattata.

Da segnalare anche l'incremento degli atti operatori che passano da 45.000 a quasi 49.000, equivalente ad un incremento di circa l'8% rispetto al 2018.

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Il ciclo della performance per l'anno 2019 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance 2019-2021 (DDG n. 105 del 29/01/2019), seguito dall'approvazione del Documento di Direttive 2019 (DDG n. 129 del 07/02/2019) e del budget delle unità operative (DDG n. 1.024 del 29/08/2019). 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.

3.1 Gli obiettivi strategici

La Regione Veneto ha definito, con la DGR n. 248 dell'08.03.2019, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari per l'anno 2019.

Tale delibera definisce in maniera generale gli obiettivi da perseguire nell'anno 2019, assegnando inoltre i pesi da utilizzare per la valutazione di cui all'art. 8 quinquies della L.R. 56/1994, come modificata dalla L.R. 23/2012. Gli obiettivi e le soglie sono stati successivamente specificati dalla Regione con l'invio del vademecum degli obiettivi DG del 13/05/2019, poi aggiornato il 06/09/2019.

Il peso degli obiettivi è stato distribuito nelle seguenti tre aree funzionali:

	N° obiettivi	N° indicatori	Punteggio
Assistenza distrettuale	3	9	9,5
Assistenza ospedaliera	11	46	53
Processi di supporto	14	24	17,6
Totale	28	79	80

Per l'anno 2019 la Regione ha definito una serie di numerosi indicatori che costituiscono pre-requisiti:

- Il rispetto del vincolo di bilancio costituisce pre-requisito al sistema premiante e il suo mancato raggiungimento comporta la risoluzione del rapporto contrattuale del Direttore Generale.
- Il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (34 indicatori) rappresenta un pre-requisito al calcolo e alla valorizzazione degli specifici indicatori di riferimento; così come altri indicatori, per es. "Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale", "Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza", "Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC", ecc.

Vengono inoltre indicati alcuni obiettivi (riportati di seguito) di “mantenimento”, i quali non prevedono l’attribuzione di specifici punteggi, ma che, nel caso di non raggiungimento, prevedono delle penalizzazioni:

	Penalizzazione massima (in punti)
Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività di pagamento)	1
Rispetto della completezza e tempestività dei flussi informativi che non costituiscono prerequisito	5
Risoluzione delle criticità emergenti dalla verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza agli adempimenti 2019	10
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla Struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza ai sensi del c.3 dell’art. 4 della L.R. n. 21/2010	1

Per quanto riguarda gli obiettivi regionali, il monitoraggio è stato condotto dalla Regione periodicamente e vi sono stati momenti di confronto presso Azienda Zero. Per quanto riguarda invece i restanti obiettivi, il monitoraggio è stato effettuato dall’Azienda due volte, ad ottobre e a fine anno.

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 12/12/2019 e trasmettendoli con nota prot. 556492 del 24/12/2019.

Su tali obiettivi la Regione nel corso dell’anno non ha inviato né indicazioni relative alle soglie né reportistica per il monitoraggio, ad eccezione dell’obiettivo E4, per il quale è stata richiesta una relazione:

	Punti
A3 Verifica sul rispetto della percentuale massima di legge della libera professione	2
E1 Rispetto tempi liste d’attesa interventi ambulatoriali e specialistici	3
E2 Rispetto tempi liste d’attesa interventi chirurgici in particolare per quelli oncologici	3
E3 Riorganizzazione emergenza urgenza in base alla DGR 245 del 07/03/2017 e in base alle indicazioni Agenas	3
E4 Interventi tesi all’implementazione dell’umanizzazione nel rapporto con pazienti e familiari da parte del personale medico e sanitario	2
E5 Verifica del funzionamento delle reti cliniche (ictus, oncologiche...)	2
E6 Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	1

E7	Recupero farmaci e presidi medici	1
G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	3
		20

Metodo di valutazione

Il metodo di valutazione finale della performance aziendale è diverso per gli obiettivi assegnati dalla Regione e per gli obiettivi aziendali definiti dall'azienda stessa.

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).

La garanzia dei LEA viene valutata dalla Giunta Regionale in relazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente. 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'AOUP sulla base:

- degli incontri di monitoraggio tenuti dalla Regione, ed in particolare i dati di pre-consuntivo inviati nel mese di marzo 2020;
- dei dati dei sistemi informativi regionali (DWH) e aziendali;
- dei monitoraggi effettuati dai referenti aziendali degli obiettivi di budget.

È evidente tuttavia 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 dati di pre-consuntivo inviati dalla Regione e Azienda Zero a marzo 2020.

Si ritiene quindi che la valutazione finale potrebbe variare leggermente in aumento.

	Punti disponibili	Stima punti ottenuti
Performance complessiva obiettivi regionali	80	76,4
Performance complessiva obiettivi V° Commissione Consiliare	20	20
Performance raggiunta	100	96,4

E' 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.

Scomponendo gli obiettivi regionali nelle 3 aree definite dalla Regione, la performance stimata risulta la seguente:

	Aree Obiettivi	N° indicatori	Punti assegnati	Punteggio raggiunto pre-consuntivo
D	Assistenza distrettuale	9	9,5	9,5
O	Assistenza ospedaliera	46	53	50
S	Processi di supporto	24	17,6	16,9
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività di pagamento)	1	Penalizzazione	Nessuna penalizzazione
	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi informativi che non costituiscono prerequisito	1	Penalizzazione	Nessuna penalizzazione
	Risoluzione delle criticità emergenti dalla verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza agli adempimenti 2019	1	Penalizzazione	Nessuna penalizzazione
	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza ai sensi del c.3 dell'art. 4 della L.R. n. 21/2010	1	Penalizzazione	Nessuna penalizzazione
	Totale	79	80	76,4

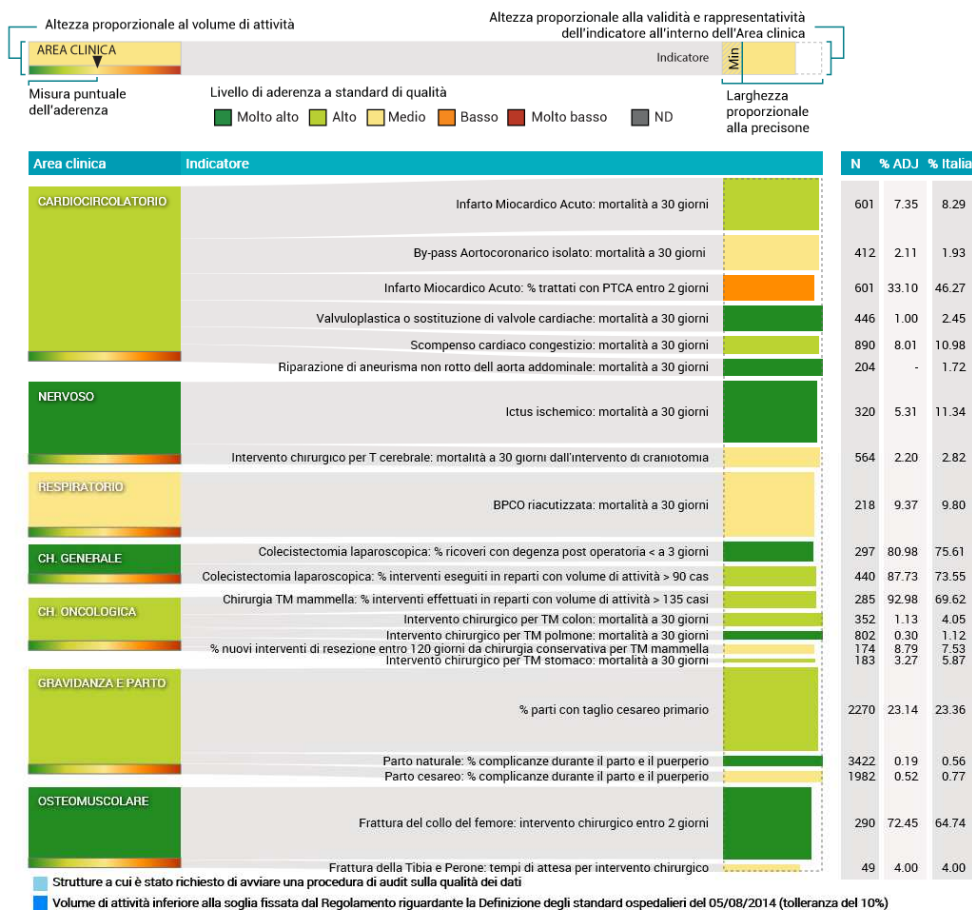
La performance è stata quindi buona per quanto riguarda:

- gli indicatori economici: variazione annuale del costo della produzione e rispetto dei tempi di pagamento programmati (vedasi paragrafo 4.1.2). Nell'anno 2019 il valore migliora e mediamente i pagamenti avvengono con 10 giorni di anticipo rispetto alla scadenza di legge;
- il tetto dei costi dei farmaci;
- attrazione interregionale per DRG di non alta complessità, che registra un incremento del 13% rispetto al 2018;
- gli indicatori legati al rischio clinico e alle infezioni correlate all'assistenza, sempre ben monitorati dalla Direzione Medica;
- il rispetto dei tempi di attesa nella specialistica, per i quali sono state condotte azioni di costante monitoraggio, volte ad adattare l'offerta di prestazioni alle reali esigenze dell'utenza.

I livelli alti di rispetto dei tempi di attesa nelle prestazioni specialistiche sono da inserire in un contesto di incremento dell'attività specialistica rispetto al 2018 del 2,1% (+ €2.062.255). L'attività SSN si caratterizza da un forte incremento dell'area di laboratorio (circa 3,3 milioni), seguito dall'area di radiologia-radiodiagnostica (circa 1,7 milioni). Questo incremento è avvenuto nonostante la riorganizzazione dell'ULSS 6 con il passaggio degli Ospedali di Monselice e Cittadella nella nuova ULSS 6 e il conseguente potenziamento dell'attività presso il laboratorio dell'Ospedale di Schiavonia (ex ULSS17);

- per quanto riguarda gli indicatori di esito del Programma Nazionale Esiti (PNE) si ricorda che questo è nato 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. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), che ha sviluppato tale progetto per conto del Ministero della Salute, fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Si riporta di seguito la rappresentazione Treemap del report più recente (2018) presente nel sito dell'Agenas, per l'Azienda Ospedale-Università Padova, da cui emerge un quadro sicuramente positivo:



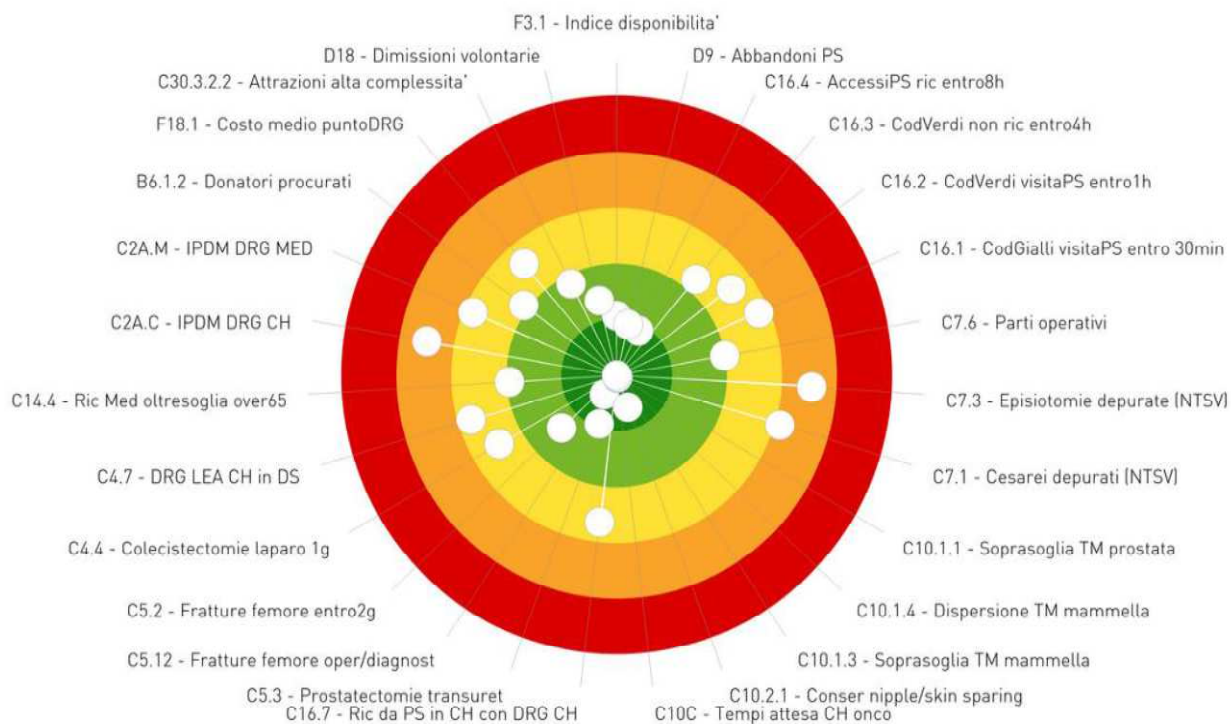
Nella tabella seguente inoltre emerge come negli ultimi 3 anni gli indicatori del PNE (dati forniti da Azienda Zero) permangano nelle fasce medio-alte e non risultino valutazioni nelle fasce basse:

Indicatore PNE	valore 2017	valore 2018	valore 2019
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	9,6	9,5	10
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	37,5	44,9	37,6
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,6	8,3	8,5
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,4	1,3	1,5
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	0,9	1,5	3,1
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0	0	0,8
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	5,2	9,1	5,5
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,7	1,4	1,7
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	8,9	7,8	7,7
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	83,4	82,3	86,6
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	88,2	85,7	85,2

Indicatore PNE	valore 2017	valore 2018	valore 2019
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attivita' > 135 casi	93	83,7	93
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	8,6	12	8,4
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalita' a 30 giorni	0,4	0,6	0,5
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalita' a 30 giorni	1,6	1,8	2,4
Intervento chirurgico per TM colon: mortalita' a 30 giorni	0,9	2,4	2,4
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	28,1	25,8	29
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,2	0,2	0,6
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,5	0,6	0,7
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	74	81,1	79,2
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	3	3

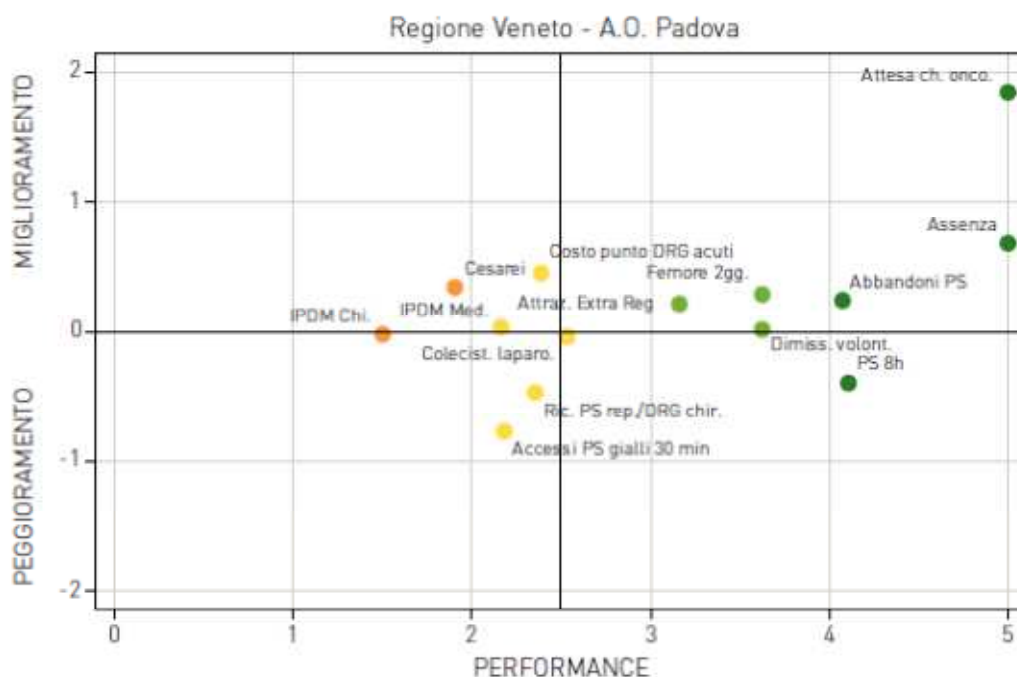
- per quanto riguarda gli indicatori del S. Anna, si fa presente che l'obiettivo della collaborazione tra le Aziende Sanitarie che aderiscono al progetto è quello di condividere un sistema di valutazione, attraverso il confronto di un set di circa 400 indicatori (che spaziano dallo stato di salute della 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, per l'Azienda Ospedale-Università Padova, rappresentati nei grafici seguenti dell'ultimo report (2018) pubblicato nel sito del progetto, coordinato dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa:

Bersaglio 2018 A.O. Padova



Da evidenziare inoltre il miglioramento, tra il 2017 e il 2018, di numerosi indicatori:

Mappa Performance Trend 2017-2018



Anche per il 2019, secondo i dati trasmessi da Azienda Zero, gli indicatori del S. Anna risultano in continuo miglioramento rispetto agli anni precedenti, tranne gli abbandoni da Pronto Soccorso (vedasi dettaglio obiettivo O.A.1.1); l'indice di performance della degenza media per DRG chirurgici risulta in fascia scarsa, ma in miglioramento; quello per i DRG medici risulta in fascia media e in miglioramento.

Di seguito si riportano i dati di pre-consuntivo dei pre-requisiti:

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Nota
D.1.1.1P	3 indicatori: Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	100%	100%	
D.E.1.PR	4 indicatori: Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art. 50	≤ 1% / mese	92%	L'azienda ha inviato i file di Marzo nel mese corretto, ma i record erano errati; ha inviato le correzioni a giugno
O.A.1.1PRE	6 indicatori: Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	100%	100%	
O.T.1.1PRE	9 indicatori: Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	100%	89%	47% Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP): quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati
O.T.1.2PRE	8 indicatori: Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	≥ 90%	100%	
O.T.1.3PRE	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	≥ 95%	97%	
O.T.2.PRE1	SDO: chiusura	<i>≤1% nuovi dimessi prima dell'ultimo trimestre monitorato da giugno</i>	2,05%	In 7 fasi sono state riscontrate SDO in ritardo per una percentuale >1%
O.T.2.PRE2	SDO: % errori presenti alla scadenza dei periodi di invio	≤ 3% /mese		
O.T.2.PRE3	SDO: Integrità relazionale tra i tracciati del nuovo flusso SDO	100%		
O.T.5.PRE1	N. studi inseriti nel registro regionale/N. studi inseriti nel registro nazionale	100%	ND	
O.T.5.PRE2	% schede di rendicontazione economica compilate nel registro regionale(studi valutati nell'anno 2019) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici	95%	74%	83% fattibilità 77% budget

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Nota
O.T.6.2PRE	% SDO inviate rispetto al n° di dimissioni attese	>=95% in almeno 7 fasi di trasmissione, tra le quali devono essere comprese le fasi 12 e 13	97,4%	
O.T.9.1PRE	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formativa attinente le infezioni correlate all'assistenza	Sì	Attività presente	
S.B.2.1PRE	% partecipazione	Completamento del piano progettuale secondo le indicazioni e le tempistiche fornite da Azienda Zero	ND	
S.D.3.1.PRE	Dati oggetto di verifica:riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione. Costante inserimento/aggiornamento dei dati relativi alle schede del GSRC		81%	

Per quanto riguarda l'obiettivo O.T.1.1PRE.6 dei 28 errori di prezzo segnalati, 16 non sono reali errori, ma si tratta di prezzi che si discostano dai valori di riferimento in virtù di dinamiche di acquisto peculiari di AOUP, e che hanno impattato sul calcolo mensile del prezzo medio ponderato. I rimanenti errori (12 righe) si riferiscono ad un valore complessivo pari a meno dello 0,001% del valore flusso FAROSP.

Di seguito si riporta, per ogni area, il dettaglio degli obiettivi, con l'autovalutazione aziendale e le eventuali spiegazioni degli scostamenti.

D. Assistenza distrettuale

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
D.B.1.1	Intervallo di Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	75° percentile entro i 18 minuti	0:18	1	1
D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1
D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1
D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1
D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe P, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1
D.E.1.6	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe P, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1
D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo cardiologica, urologica e oncologica	Soglia regionale da definire	Inviare relazioni con prot. 51441 del 02/09/2019 e prot. 17746 del 12/03/2020	2	2
D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	3,76% (10/266)	0,5	0,5

La Regione del Veneto con DGRV n. 2525/2014 ha ribadito l'importanza del rispetto dei tempi di attesa, obiettivo che, per la specialistica, continua ad essere conseguito positivamente dall'Azienda.

Anche per il SUEM il tempo di allarme-target dei mezzi di soccorso rimane entro i 18 minuti (75° percentile), come richiesto dall'obiettivo regionale.

O. Assistenza ospedaliera

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
--------	------------	-------------	-----------------------	-------------------	-----------------------------

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	6:01	1	1
O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	Soglia modificata con Decreto n. 127 del 7/11/19: <=114.273.983 (farmaci)+17.811.083 (innovativi)+5.017.610 (oncologici innovativi)	106.989.850 -€ 7.284.133 (-6,4%)	5	5
O.T.1.2	Costo dispositivi medici	Soglia modificata con Decreto n. 127 del 7/11/19: 61.062.603	€ 67.937.198 + € 6.874.595 (+11,3%)	4	4
O.T.1.3	Costo IVD	Soglia modificata con Decreto n. 127 del 7/11/19: <=22.972.298	€ 23.164.031 € 191.733 (+0,8%)	1	1
O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	<=122€	€ 127,7	1	1
O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati		65%	1	1
O.T.2.1	%DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	>=90%	I° sem 86% II° sem 82%	6,5	6,5
O.T.2.2	%DRG chirurgici non oncologici (A+B) con rispetto tempo di attesa	>=85% primo semestre; >=90% secondo semestre	I° sem 80% II° sem 77%	4	4
O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum (si considerano anche il miglioramento rispetto al 2018 e le soglie di volume DM70)	3,34	4	4
O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	>=90% (punteggio parziale se >=70%)	93%	2	2

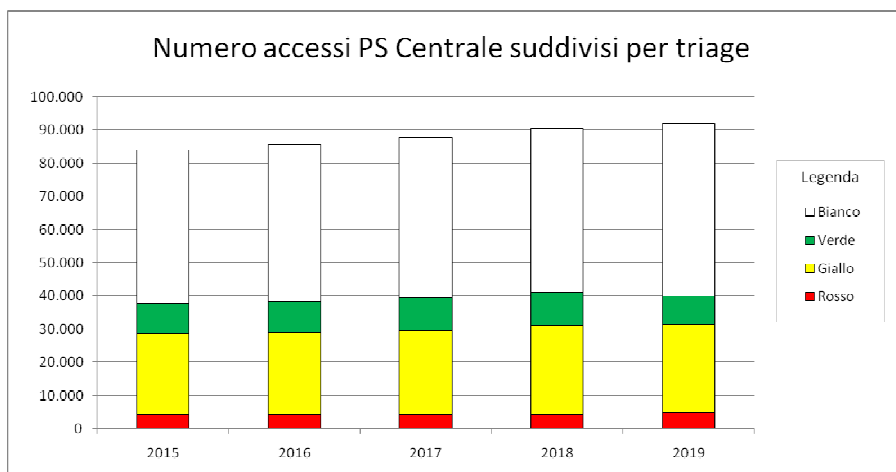
ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>=90% (punteggio parziale se >=70%)	86,64%	2	2
O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>=80% (punteggio parziale se >=60%)	79,18%	2	2
O.T.3.5	% di parti cesarei primari	<=25%	29%	2	0
O.T.4.1	Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV % di indicatori migliorati	soglie definite nel vademecum	indicatore D9 % abbandoni dal Pronto Soccorso: performance nella media, trend 4: in peggioramento (punteggio:0,5). -indicatore C2a.C Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico: performance scarsa, trend in miglioramento ma senza cambio di fascia di valutazione (punteggio:0). -indicatore C2a.M Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico: performance nella media, trend in miglioramento ma senza cambio di fascia di valutazione (punteggio:0,5).	5	5
O.T.5.1	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica: Numero di studi approvati nell'anno	>=anno precedente	-64% -62 (35 vs 97)	3	2,5
O.T.5.2	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica: Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici	<=30gg	51 (+ 28% rispetto al 2018)	3	2,5
O.T.6.2	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	>=6%	2% fase 12 sdo	1	1
O.T.6.3	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per	>=0%	13%	1	1

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	prestazioni di ricovero non di alta complessità				
O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	>=10	2	1	1
O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<=15%	17,66%	1	1
O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	>=10 audit su eventi avversi (invio in Regione di almeno 4 audit entro il 31/08/2019 e 6 entro il 31/12/2019)	Prot. 77650 del 30/12/2019 invio relazioni finali di audit aziendali	1	1
O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	>=3	Inviati 3 report nei tempi richiesti	1	1
O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV: consegna documento di analisi e piano di adozione del nuovo sistema informativo ROV	Sì	L'azienda ha consegnato il documento di analisi richiesto	0,5	0,5

O.A.1.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)

Determinante per un'analisi dell'obiettivo sui tempi di attesa al Pronto Soccorso, è un approfondimento sull'attività. Nel 2019 si segnala un incremento di accessi al Pronto Soccorso Centrale pari al 2% rispetto all'anno 2018, con un incremento sia dei codici bianchi (circa + 2.500 accessi) che dei codici rossi (circa 450 casi in più).

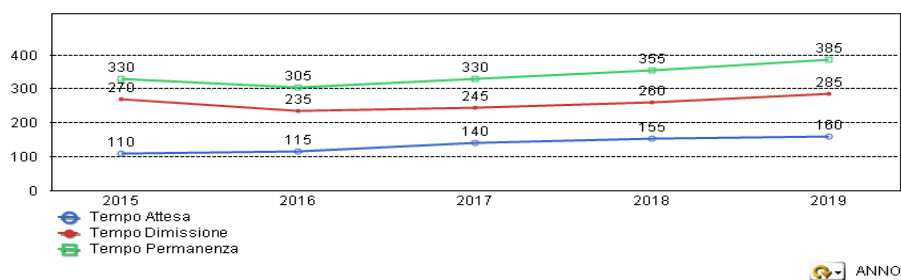
Tabella e grafico: accessi Pronto Soccorso Centrale



Triage / Anno	2015	2016	2017	2018	2019
Rosso	4.252	4.207	4.237	4.184	4.637
Giallo	24.381	24.677	25.292	26.917	26.776
Verde	8.989	9.397	9.977	9.787	8.460
Bianco	46.476	47.399	48.144	49.511	51.988
Totale	84.098	85.680	87.650	90.399	91.861

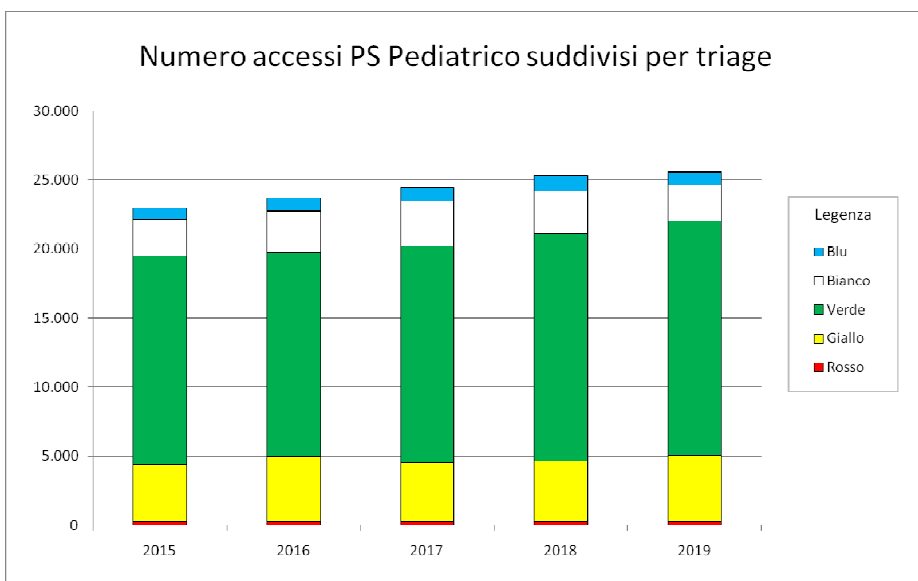
I tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso sono aumentati rispetto all'anno precedente.

Grafico: PS Centrale Anni 2015-2019 - Tempi permanenza in PS al 90° perc. (codici bianchi e verdi, escluso OBI)



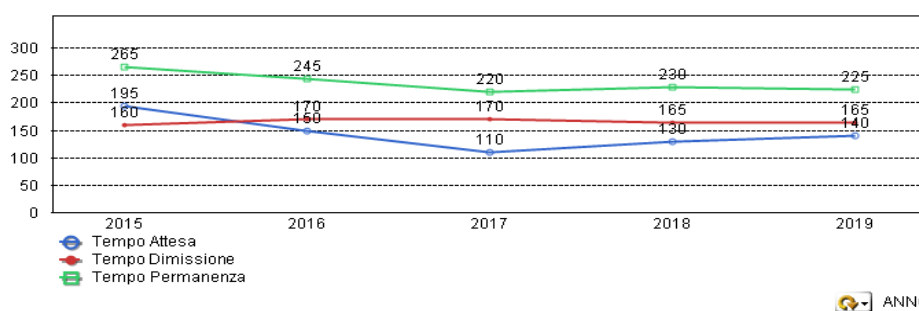
Il trend in aumento degli accessi si registra anche per i pazienti pediatrici per un totale di 25.578 accessi nel 2019 (+273 accessi rispetto all'anno 2018).

Tabella e Grafico - Trend accessi Pronto Soccorso Pediatrico per codice triage



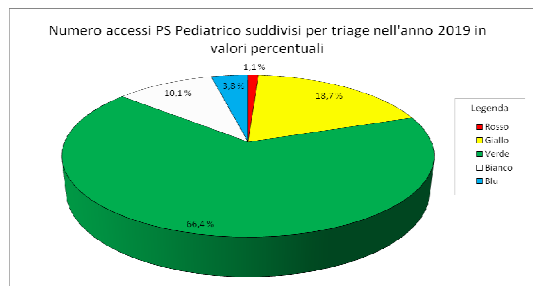
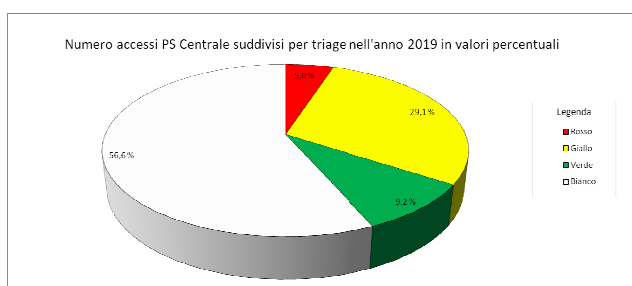
Triage / Anno	2015	2016	2017	2018	2019
Rosso	275	272	261	263	270
Giallo	4.146	4.734	4.284	4.362	4.781
Verde	15.075	14.753	15.648	16.486	16.987
Bianco	2.651	3.006	3.300	3.101	2.576
Blu	805	924	982	1.093	964
Totale	22.952	23.688	24.474	25.305	25.578

Grafico: PS Pediatrico Anni 2015-2019- Tempi permanenza in PS al 90° perc. (Solo codici bianchi e verdi, escluso OBI)



Complessivamente, l'Azienda ha un numero di accessi pari a 117.439. La distribuzione del codice colore tra gli adulti e i pediatrici è diverso: prevalentemente bianchi per gli adulti e verdi per i pediatrici.

Grafico- % codice triage Pronto Soccorso Centrale e pronto soccorso pediatrico anno 2019



Confrontando i tempi di permanenza media al 90° percentile per i codici bianchi e verdi, si osserva un tempo di circa 6,5 ore per il PS Centrale, mentre un tempo di circa 3,5 ore per il Pronto Soccorso Pediatrico, rispettando quanto previsto dalla DGR 1513/2014 che prevede un tempo di permanenza massimo per i codici non critici entro le 4 ore al 90° percentile.

Tabella - Tempi di permanenza in PS (* Solo codici bianchi e verdi, escluso OBI)

ANNO	Tempo Permanenza	
	PS Centrale	PS Pediatrico
2015	330	265
2016	305	245
2017	330	220
2018	355	230
2019	385	225

O.T.1.2 Rispetto del tetto di costo: Dispositivi Medici (senza IVD)

Lo sfioramento del tetto di costo dei dispositivi è dovuto ad un incremento di pazienti/interventi nelle seguenti UU.OO.:

	CND	n.interventi 2019	n.interventi 2018	Spesa DM 2019	Spesa DM 2018	Valore produzione 2019	Valore produzione 2018	Delta costi	Delta V.produz.
incremento degli interventi	Cardiochirurgia: VAD	24	12	€ 2.317.496	€ 1.160.640	€ 3.388.631	€ 1.689.618	€ 1.156.856	€ 1.699.013
	Cardiochirurgia: Cuore Artificiale	1	0	€ 98.800	€ -	€ 88.015	€ -	€ 98.800	88.015
	TAVI	212	196	€ 3.887.541	€ 3.658.148	€ 7.099.991	€ 6.081.551	€ 229.393	€ 1.018.440
	Ch. Robotica: strumentario e protezioni	446	350	€ 2.779.728	€ 1.233.636	€ 3.822.123	€ 2.834.715	€ 1.546.092	€ 987.408
	Ch. Toracica: Dispositivi da sutura, C (Organ Care System), L (Strumentario chirurgico) e kit	835	701	€ 1.805.956	€ 1.296.727	€ 9.006.053	€ 8.270.228	€ 509.229	€ 735.825

	CND	n.interventi 2019	n.interventi 2018	Spesa DM 2019	Spesa DM 2018	Valore produzione 2019	Valore produzione 2018	Delta costi	Delta V.produz.
	Ch. Vascolare: (Endoprotesi), (Guide e DM per angiografia)	1161	1065	€ 4.275.356	€ 3.508.648	€ 8.666.962	€ 8.086.906	€ 766.708	€ 580.056
	Ch. Ortopedica: (Protesi Ortopediche), (Dispositivi Protetici Impiantabili), <i>custom made</i>	2573	2410	€ 3.743.041	€ 3.644.885	€ 13.424.722	€ 12.635.090	€ 98.155	€ 789.632
	Neuroradiologia: (DM per angiografia periferica), (stent)	608	505	€ 1.826.598	€ 1.495.179	€ 4.068.447	€ 3.347.801	€ 331.419	€ 720.645
modifiche organizzative (nuovo reparto, centro autorizzato.)	Radiologia Interventistica: (microcateteri, guide, sistemi embolizzanti) - (aghi a microonde per termoablazione)			€ 2.004.689	€ 1.877.873	€ 1.968.120	€ 673.894	€ 126.816	€ 1.294.226
altre motivazioni: ripristino scorte ad inizio anno				€ 1.464.531					
totale				€ 24.203.737	€ 17.875.736	€ 51.533.061	€ 43.619.803	€ 6.328.000	€ 7.913.258

Lo scostamento rispetto al tetto è motivato da impianti di VAD in Cardiochirurgia e TAVI, kit di Chirurgia Robotica e dispositivi di Chirurgia Toracica, Strumentario chirurgico di Chirurgia Vascolare (Endoprotesi), Guide e Dispositivi per angiografia, Protesi Ortopediche e Dispositivi impiantabili e dispositivi per Radiologia Interventistica. Da rilevare come l'incremento totale di spesa nel 2019 è compensato dal valore della produzione sanitaria per l'attività svolta.

O.T.1.3 Rispetto del tetto di costo: IVD

Lo scostamento lieve rispetto alla soglia è dovuto alle scorte dei laboratori di fine anno che sono incrementate per motivi organizzativi legati al cambio del sistema gestionale e all'acquisizione dell'Ospedale Sant'Antonio per € 995.279.

O.T.1.4 Costo pro capite pesato diretta di classe A-H

Alla luce dell'andamento delle singole classi di farmaci, soprattutto per quanto riguarda il canale A, le cause di scostamento sono:

- HIV: costo medio paziente HIV: il costo medio del paziente trattato a Padova risulta stabile rispetto all'anno precedente, nonostante vi siano state semplificazioni di regimi. Il centro ha infatti semplificato i regimi terapeutici, passando da 3 a 2 principi attivi, nei pazienti eleggibili, anche per

favorire la riduzione degli eventuali effetti collaterali; inoltre, ha favorito l'uso del generico pur passando da una a due specialità medicinali nel regime. E' in corso un'analisi dei cluster di pazienti a più alto costo per identificare eventuali caratteristiche cliniche che possano giustificare o meno il ricorso a terapie più costose (es. multifailureetc), oltre alle modifiche di regimi.

- Sclerosi multipla: oltre all'incremento progressivo del numero di pazienti presso il centro, dovuto all'attrattività dello stesso soprattutto per le forme più complicate, quale riferimento di provenienza da centri non hub, il centro SM di Padova è diventato riferimento anche per il trattamento della SM negli adolescenti, per i quali è disponibile natalizumab (Tysabri) inserito nella legge 648/96 (19 pazienti nel 2018, ulteriori 3 nel 2019).

- Costo medio paziente sclerosi multipla: il ricorso a farmaci che prevedono una schedula biennale e poi una semplice osservazione senza somministrazioni (alemtuzumab) fa pesare nel procapite un trattamento altresì spalmabile su quattro anni. Il ricorso a questo farmaco, gravato di potenziali eventi avversi anche gravi, viene effettuato in pochi centri, fra cui Padova, a cui altri ospedali indirizzano pazienti eleggibili con forme aggressive/ maligne di SM.

- Oncoematologia: uso di rituximab sottocute. Pur avendo pesantemente introdotto in tutti gli ambiti clinici, compreso quello oncoematologico, l'uso di rituximab biosimilare, rimane un cluster di pazienti trattati dall'Ematologia con la formulazione di rituximab sottocute, il cui costo per corso di terapia è superiore al corso di trattamento con il biosimilare ev. Le motivazioni addotte dalla UO sono di tipo organizzativo, e non paiono ad oggi completamente superabili.

- costo medio paziente trattato con oncoematologici non innovativi: è necessario un approfondimento che oltre al costo medio/paziente, valuti anche la tipologia di paziente e le patologie.

O.T.1.5 % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati

Indicatore 11: “% di pazienti avviati al trattamento con anti-tnf alfa a brevetto scaduto nella formulazione a minor costo (biosimilare od originator)” ETANERCEPT, INFLIXIMAB, ADALIMUMAB.

L'uso dei biosimilari nei pazienti naive, pur non raggiungendo il valore soglia richiesto, mostra un trend in aumento nel tempo, e si avvicina al valore soglia, da calcoli interni, per due dei tre principi attivi. Si fa presente, anche se i numeri della popolazione pediatrica sono limitati, che per uveite in pediatria l'unica specialità medicinale contenente adalimumab rimborsata da SSN è l'originator Humira. Questo potrebbe in parte giustificare una parte di pazienti naive trattati con originator.

Indicatore 12: “% di pazienti già in trattamento con anti-tnf alfa a brevetto scaduto nella formulazione a minor costo (biosimilare od originator)” INFLIXIMAB

I pazienti che sono già stati sottoposti ad un primo switch da Remicade (farmaco originator) a Remsima (primo biosimilare disponibile), generalmente non vengono nuovamente shiftati da Remsima (biosimilare più costoso) a Flixabi (biosimilare meno costoso).

Per quanto riguarda i farmaci si sono introdotti nel 2019 anche degli obiettivi a livello aziendale, riportati di seguito, per migliorare l'informatizzazione e la tracciabilità degli stessi:

Obiettivo	Cod.Ind.	Indicatore	Raggiungimento
Applicazione del Prontuario Terapeutico alla dimissione (PTDim) (e ricette dematerializzate per tutto il resto)	H.1	Numero di ricette erogate da UDF al di fuori del Ptdim	100%
Informatizzazione delle prescrizioni su SSI da dimissione, visita specialistica e somministrazione ambulatoriale	H.2	Numero di ricette cartacee erogate da UDF	29/32 UO hanno raggiunto l'obiettivo al 100%
Informatizzazione richieste urgenti verso magazzino farmacia	H.3	Numero di richieste urgenti cartacee da mag farmacia	20/32 UO hanno raggiunto l'obiettivo al 100% 11/32 UO parzialmente ragg. 1/32 UO non raggiunto

O.T.2.1 - O.T.2.2 % DRG chirurgici oncologici/non oncologici con rispetto tempo di attesa

Per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero, sono monitorati attraverso il flusso SDO, sia i tempi di attesa dalla data di prenotazione dei ricoveri con DRG chirurgico oncologico (soglia percentuale SDO con tempi rispettati superiore a 90%) che i ricoveri con DRG non oncologico con classe di priorità A o B (soglia percentuale SDO con tempi rispettati superiore a 85% nel primo semestre e 90% nel secondo).

Per l'anno 2019, la percentuale di ricoveri con DRG oncologico e con tempo di attesa rispettato è pari a 84%, in riduzione rispetto all'anno precedente.

Grafico: % ricoveri con Tempi di attesa rispettati, per mese per ricoveri oncologici

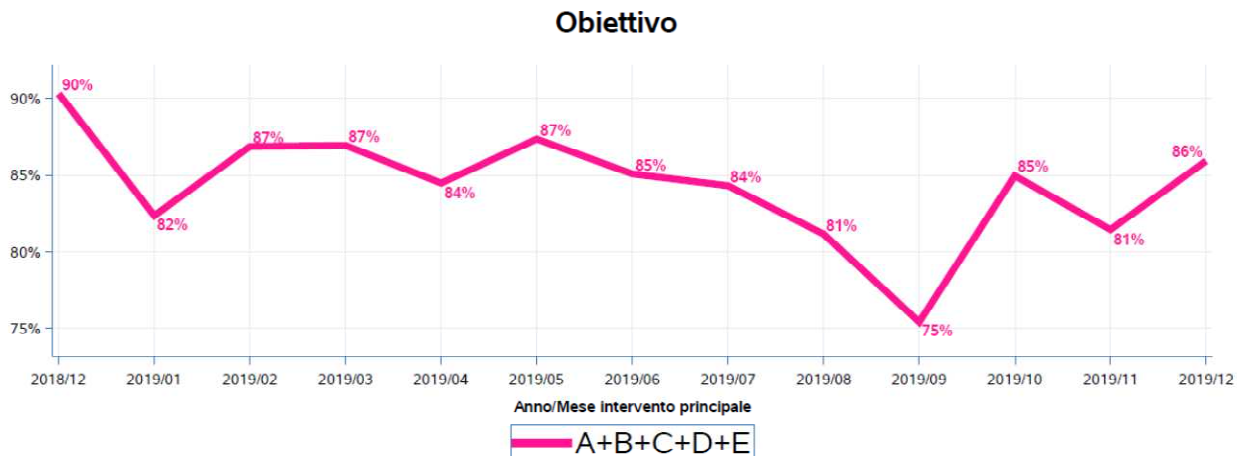
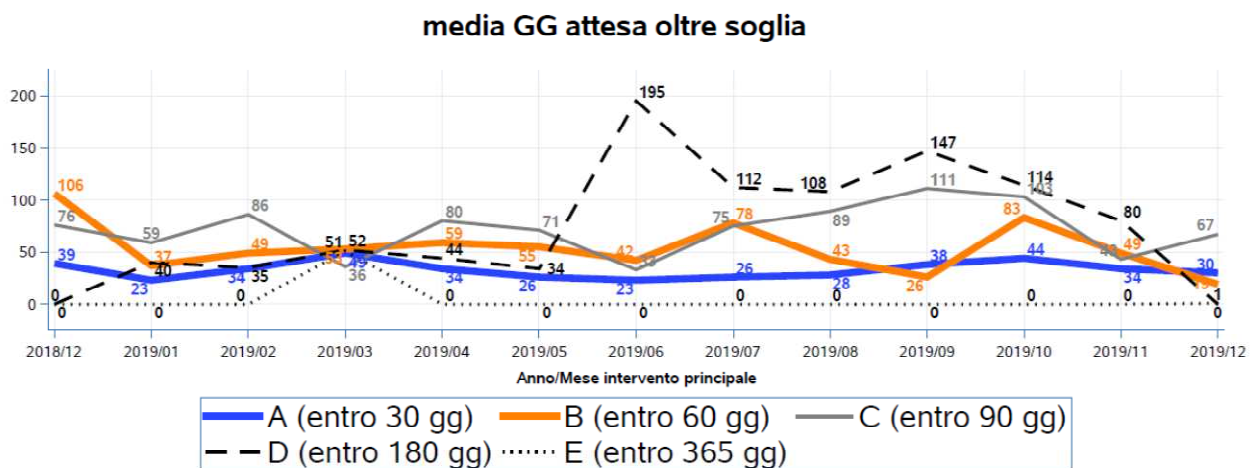


Grafico: Numero di ricoveri oncologici per classe di priorità, Anno 2019



Invece, la percentuale di ricoveri con DRG NON oncologici di classe A e B e con tempo di attesa rispettato è pari a 79%, in aumento rispetto all'anno precedente.

Tabella: % ricoveri con Tempi di attesa rispettati, per mese per ricoveri NON oncologici per classe A e B

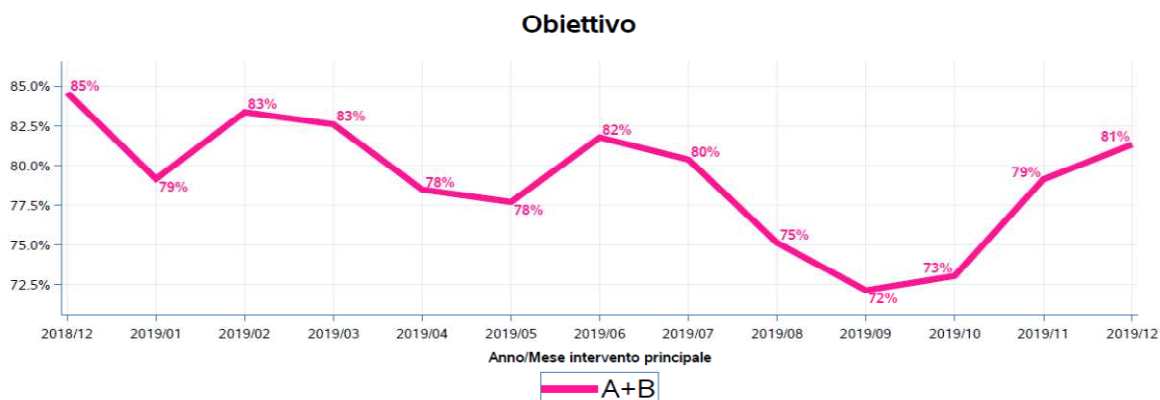
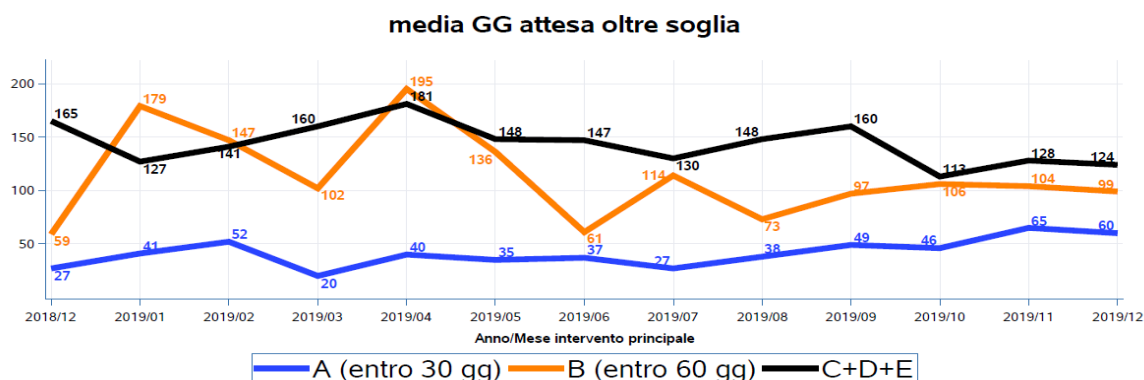


Grafico: Numero di ricoveri NON oncologici per classe A e B di priorità, Anno 2019



Nelle tabelle seguenti si riporta il numero dei ricoveri con DRG chirurgico per pazienti extraregione, sia per quanto riguarda la patologia oncologica che per quanto riguarda la patologia non oncologica. Si evidenzia una significativa vocazione attrattiva che vede l'Azienda Ospedale-Università Padova come centro di riferimento regionale e nazionale, come rilevabile dal PNE per molte patologie.

Tempi di attesa DRG chirurgici patologia oncologica - pazienti extraregione

Priorità	Nr. Ricoveri	Nr. ricoveri con TA rispettato	Media GG oltre soglia	% ricoveri con TA rispettato
A 30gg	874	662	34	75,7%
B 60gg	191	169	47	88,5%
C 90gg	73	54	65	74,0%
D 180gg	59	55	44	93,2%
E 365gg	7	7	-	100,0%
Totale	1.204	947	38	78,7%

Tempi di attesa DRG chirurgici patologia non oncologica - pazienti extraregione

Priorità	Nr. Ricoveri	Nr. ricoveri con TA rispettato	Media GG oltre soglia	% di ricoveri con TA rispettato
A 30gg	511	399	51	78,1%
B 60gg	423	330	71	78,0%
D 180gg	411	354	72	86,1%
C 90gg	404	296	120	73,3%
E 365gg	232	210	138	90,5%
Totale	1.981	1.589	83	80,2%

Si evidenzia che la patologia oncologica individuata secondo gli algoritmi regionali contiene al suo interno anche una quota di interventi su neoplasie benigne. Tale casistica è stata analizzata nella tabella seguente al fine di evidenziare possibili interferenze sulla restante attività oncologica.

Tempi di attesa DRG chirurgici patologia Oncologica (patologia benigna)

Priorità	Nr. Ricoveri	Nr. ricoveri con TA rispettato	Media GG oltre soglia	% ricoveri con TA rispettato
A 30gg	366	302	76	82,5%
B 60gg	215	156	62	72,6%
C 90gg	181	116	85	64,1%
D 180gg	85	64	83	75,3%
E 365gg	22	21	51	95,5%
Totale	869	659	76	75,8%

Nelle successive immagini si sono analizzate le distribuzioni delle classi di priorità per la patologia oncologica e per la patologia non oncologica, riferite agli anni 2017-2019. In merito si rappresenta che in Azienda sono state messe in atto numerose iniziative volte al miglioramento dell'appropriatezza nell'assegnazione delle classi di priorità; in particolare negli ultimi anni tutti i Direttori di UU.OO.CC. aggiornano e definiscono formalmente con cadenza annuale (obiettivo di budget) i criteri per l'assegnazione delle classi di priorità, con l'obiettivo di omogeneizzare la presa in carico tra i vari professionisti. Nei grafici seguenti si può evidenziare il lavoro svolto il cui impatto è rilevabile con maggior evidenza sulle patologie non oncologiche.

Grafico: Attribuzione classi di priorità patologia oncologica DRG Chirurgici

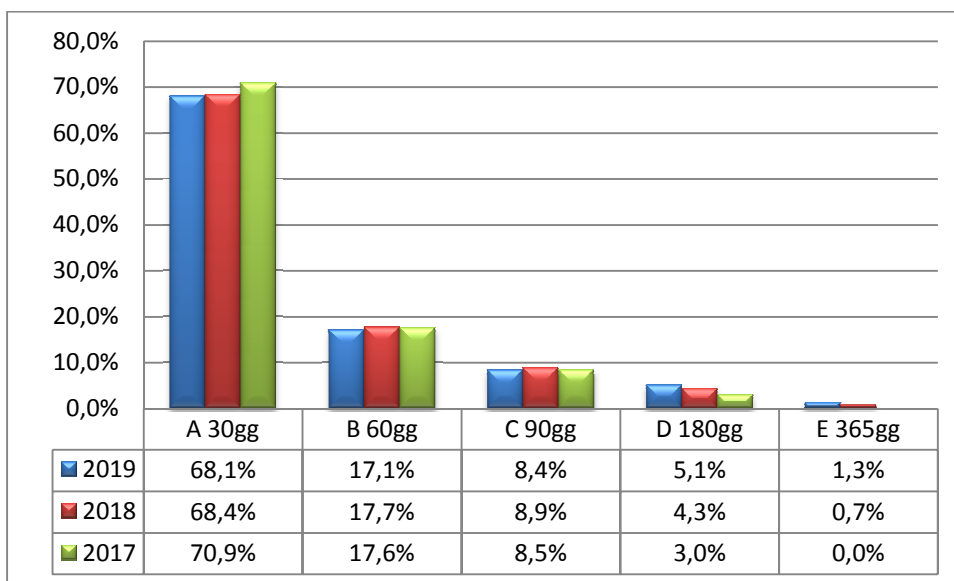
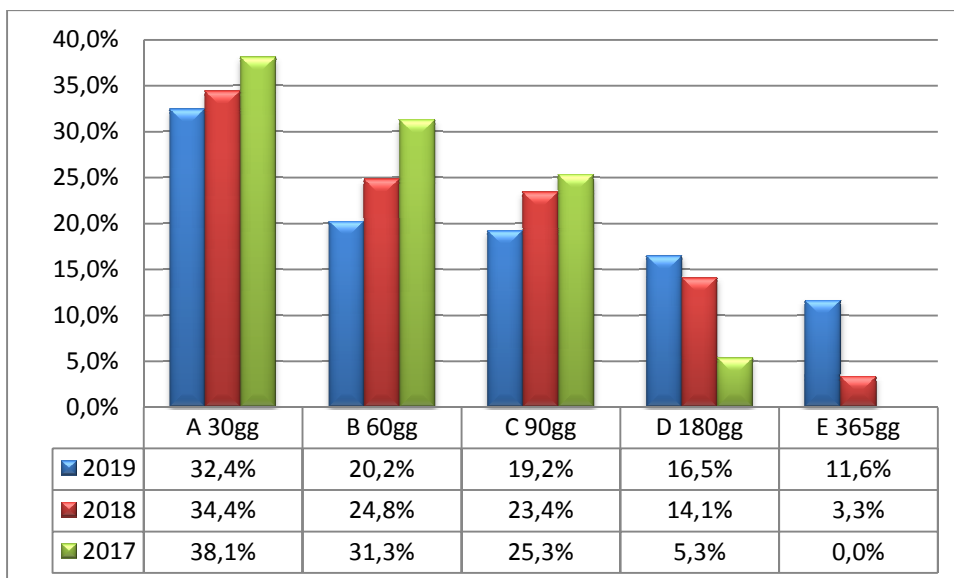


Grafico: Attribuzione classi di priorità patologia non oncologica DRG chirurgici



In azienda nel corso del 2019 si rileva un incremento dell'attività su ogni indicatore: numerosità ricoveri, complessità dei ricoveri (peso medio e valore medio DRG), incremento dell'attrazione interregionale ed infine incremento del fatturato. Tali incrementi sono correlabili ad azioni di efficientamento interno avvenute sempre nell'ambito delle medesime risorse assegnate, e nonostante le note sofferenze per quanto riguarda le risorse del personale medico anestesiologicalo e infermieristico di sala operatoria/terapia intensiva. Si rileva inoltre che l'incremento sopra evidenziato, con particolare riferimento all'attrattività interregionale, implica un aumento del numero di pazienti che si rivolgono a questa Azienda con un conseguente incremento dei tempi di attesa. Con tali presupposti era ragionevolmente ipotizzabile un lieve peggioramento dei tempi di attesa rispetto all'anno precedente.

In relazione a quanto previsto dalle vigenti disposizioni della Regione Veneto in materia di rispetto e gestione dei tempi d'attesa per i ricoveri ospedalieri e gli interventi chirurgici, nei processi di contrattazione del budget dell'anno 2019 sono stati inseriti i seguenti obiettivi:

- invio alla Direzione Medica di Ospedale (DMO) di una relazione del referente delle liste d'attesa di ciascuna UOC su monitoraggio, controllo delle liste d'attesa ed eventuali azioni di miglioramento attuate;
- Miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie, con il monitoraggio del numero di ore di sala operatoria.

In tale contesto si colloca il progetto avviato nell'ottobre 2016 dall'AOUP, denominato "La riorganizzazione dell'attività chirurgica per intensità di cura secondo la metodologia Lean". Si tratta di un progetto olistico che da un lato vede interessate tutte le specialità chirurgiche, alcune delle quali presenti solo in AOUP a livello regionale, e dall'altro coinvolge non solo un gran numero di professionisti sanitari come chirurghi, infermieri, anestesisti, ma anche personale amministrativo e di tutti i processi che sono collegati, anche indirettamente, con il processo chirurgico.

Il progetto è continuato anche nel 2019 focalizzandosi sulle seguenti aree tematiche.

Riorganizzazione della fase di pre-ricovero: è stata analizzata tutta la fase con la mappatura delle attività e responsabilità avviando un servizio sperimentale dedicato, nelle chirurgie generali, alla gestione della fase pre-operatoria. Sono stati definiti i profili delle indagini diagnostiche da effettuare prima dell'intervento chirurgico ed è stata formalizzata una "checklist di verifica pre-operatoria" finalizzata ad ottimizzare il trasferimento del paziente dalla degenza al blocco operatorio.

Liste Operatorie: sono state identificate le principali criticità riguardanti la compilazione delle liste operatorie. La Direzione Sanitaria ha svolto, inoltre, un'attività di sensibilizzazione presso i chirurghi per la pulizia delle liste e la loro corretta gestione.

Descrizione degli interventi chirurgici: è stato definito un format aziendale che le Unità Operative di area chirurgica utilizzeranno per la descrizione degli interventi chirurgici eseguiti. Poiché molte chirurgie hanno già effettuato tale lavoro nel corso degli anni, sono stati analizzati i documenti prodotti per arrivare a definire un format aziendale con campi definiti che potesse andare bene per tutte le Unità Operative chirurgiche.

Tempi chirurgici: sono state dedicate numerose riunioni all'individuazione e definizione dei tempi di sala operatoria. Sono stati identificati 7 tempi minimi di sala operatoria cui è stato aggiunto il tempo di disponibilità giornaliero di sala operatoria finalizzati al monitoraggio degli indicatori che la Direzione Aziendale ha individuato per valutare l'utilizzo delle sale operatorie quali ritardo/anticipo inizio e fine seduta, tempi di cambio, tempi non chirurgici pre e post atto, touch time.

Tali tempi vengono utilizzati per popolare, in via automatica, il "Waterfall diagram", che è una visualizzazione di dati che aiuta a comprendere l'effetto cumulativo di valori positivi o negativi introdotti in sequenza. Attraverso questo strumento è possibile visualizzare in maniera veloce ed analizzare gli indicatori sopra indicati.

Per ottenere la completezza e la correttezza dei dati inseriti, la Direzione ha svolto attività di sensibilizzazione degli operatori, ha reso obbligatorio l'inserimento sul sistema informatico di alcuni tempi traccianti, ha implementato un sistema di sollecito giornaliero per la compilazione dei tempi indicati nel sistema informatico.

L'AOUP ha, inoltre, partecipato come Azienda Capofila al Progetto del Ministero della Salute sul medesimo argomento, cui aderiscono tutte le Regioni e più di 30 ospedali pilota, mettendo a disposizione materiali, competenze e professionalità per la sperimentazione del modello organizzativo per le attività di chirurgia per setting assistenziali ed intensità di cura presso le Aziende Sanitarie e Ospedaliere che hanno aderito al progetto. Gli incontri effettuati durante la prima parte dell'anno sono stati dedicati alla presentazione del materiale oggetto del progetto, mentre la seconda parte dell'anno è stata dedicata alla raccolta dei dati di cui sopra per il calcolo di indicatori di utilizzo delle sale operatorie. L'AOUP ha predisposto uno strumento per l'inserimento dei dati e il calcolo degli indicatori che è stato fornito a tutte le Aziende partecipanti al progetto.

O.T.5 Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica

- indicatore O.T.5.2 “Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici”

Il valore pre-consuntivo indicato di 51 giorni risulta legato, in buona parte, al tempo medio di verbalizzazione, pari a 19 giorni, delle sedute del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica della Provincia di Padova (dalla seduta del CESC all’inserimento a protocollo del verbale sottoscritto dal Presidente).

- indicatore O.T.5.1 “Numero di studi approvati nell’anno”

In relazione al valore pre-consuntivo indicato (-64%), si precisa che il dato relativo al numero di studi (sperimentazioni cliniche di medicinali e indagini cliniche di dispositivi medici interventistiche) valutati dal CESC nell’anno 2019 rispetto al numero di studi valutati nel 2018 è difficilmente raffrontabile, in quanto fortemente condizionato dalla diversa modalità di accesso degli studi alle sedute del Comitato Etico.

Nel corso dell’anno 2018 il CESC ha proceduto alla valutazione degli studi anche senza richiedere la preventiva valutazione di fattibilità da parte dell’Unità per la Ricerca Clinica (c.d. Esito di Istruttoria Amministrativa).

Di conseguenza, sono stati valutati nella prima seduta disponibile in particolar modo proprio gli studi presentati tramite Osservatorio per le Sperimentazioni Cliniche (OsSC), ossia le sperimentazioni cliniche di medicinali.

Con l’introduzione del CRMS, dal mese di aprile 2019 sono entrati in seduta solo gli studi per i quali sia stato possibile rilasciare una valutazione di fattibilità da parte dell’Unità per la Ricerca Clinica.

Essendo limitato il numero di studi che il CESC valuta nel corso della seduta mensile, vengono necessariamente inseriti in seduta gli studi che presentano un’istruttoria conclusa da parte dell’Unità per la Ricerca Clinica, al fine di garantire la possibilità di un tempestivo avvio qualora il CESC li valutasse favorevolmente, a prescindere dalla tipologia.

A conferma di quanto precisato, si rappresenta che il numero di sperimentazioni cliniche di medicinali e indagini cliniche di dispositivi medici interventistiche valutate in prima seduta dal CESC nel corso dell’anno 2018, corrisponde al numero complessivo di sperimentazioni cliniche di medicinali e indagini cliniche di dispositivi medici interventistiche per le quali è stata richiesta la valutazione del CESC (e parzialmente valutate in seduta).

O.T.6.2 - O.T.6.3 ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità/non alta complessità

Sull’attività extra, la Regione ha assegnato due obiettivi per l’Azienda sia sull’alta specialità che sulla bassa complessità. Analizzando l’attività extra regione per classe di DRG, l’incremento è avvenuto

per tutte le classi come sinteticamente riportato nella tabella successiva. A livello complessivo risulta un incremento del 6%.

Tabella: Mobilità-Extra REGIONE per classe DGR-2017/2019

Anno	2017		2018		2019		Delta 2019/2018		
DRGClasse	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.	Dimessi	Importo Mob.	% importo
Totale	6.217	41.974.316,14	6.054	40.755.739,01	6.563	43.125.096,67	509	2.369.357,67	6%
A	1.350	27.959.046,73	1.348	26.958.451,36	1.365	27.555.171,49	17	596.720,13	2%
B	396	3.144.259,95	404	3.101.486,10	444	3.450.842,21	40	349.356,11	11%
C	2.844	8.775.453,53	2.812	8.663.636,25	3.157	9.913.371,22	345	1.249.734,98	14%
D	1.627	2.095.555,94	1.490	2.032.165,30	1.597	2.205.711,75	107	173.546,46	9%
Bassa complessità	4.867	14.015.269,42	4.706	13.797.287,64	5.198	15.569.925,18	492	1.772.637,54	13%

L'obiettivo sull'alta complessità (soglia +6%) non è stato raggiunto, pur registrando un incremento (+2%) dovuto soprattutto all'aumento dell'attività di chirurgia toracica (aumento interventi sul torace e trapianti di polmone), di cardiologica pediatrica e dei grandi ustionati. L'obiettivo sull'alta complessità è stato abbondantemente soddisfatto con un incremento del 13% (soglia $\geq 0\%$) rispetto al 2018.

O.T.6.4 ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi

Per quanto riguarda l'obiettivo regionale dell'incremento dei trapianti di midollo per i residenti del Veneto, nel 2019 il dato di pre-consuntivo risulta essere di 83 trapianti, rispetto agli 81 del 2018: più nello specifico l'Oncoematologia Pediatrica ha registrato un aumento di 5 casi (da 22 a 27) e l'Ematologia un lieve decremento (da 58 a 56), considerando i soli casi residenti in Veneto. In termini generali va considerato che un andamento altalenante del numero di trapiantati può essere atteso in quanto, negli anni, le indicazioni al trapianto possono mutare variando lo scenario epidemiologico del numero dei pazienti potenzialmente candidabili. A tal proposito si evidenzia anche che il numero dei trapianti in fuga (2018-2019) dalla provincia di Padova verso Lombardia e Friuli Venezia Giulia (sedi storicamente interessate dal fenomeno), sono entrambe ridotte, si è infatti passati rispettivamente da 17 pazienti a 10 per la Lombardia e da 8 a 5 per il Friuli, con un saldo complessivo di -10 pazienti.

O.T.7.1 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario

Dai dati relativi al quarto monitoraggio 2019 (pre-consuntivo) l'andamento mensile nel 2019 in AOUP del rapporto tra DRG potenzialmente inappropriati e DRG non a rischio di inappropriatazza ha dimostrato un trend in calo dal 18,7% in gennaio al 15,99% in dicembre, con un dato medio del 17,66%. Va considerato che il 44% dei ricoveri potenzialmente inappropriati segnalati sono di tipo urgente, degli altri ricoveri di tipo programmato, sono stati analizzati in particolare i DRG che hanno avuto una media di degenza più

bassa (1-2 gg) e quindi potenzialmente inappropriati oltre ad una frequenza maggiore nella casistica di AOUP.

Dalle analisi effettuate, sono stati oggetto di verifica il DRG 036 e 039, con alcuni casi pediatrici. In merito a questi due DRG si è verificato con i clinici che per la casistica trattata e l'età dei pazienti era opportuno il ricovero con degenza notturna.

In relazione ai DRG 059. 060. 062, di competenza otorinolaringoiatrica, l'analisi ha evidenziato che nella stragrande maggioranza si tratta di pazienti pediatrici che, da indicazioni cliniche, non possono essere mandati a casa per alto rischio di emorragia. Ad ogni buon conto in relazione ai ricoveri per sola adenoidectomia senza tonsillectomia, da settembre 2019 è stata migliorata l'organizzazione, questi casi non vengono più ricoverati in modo ordinario a meno di necessità cliniche.

Per il DRG 119 anche per questo molti casi sono pediatrici e sono giustificati dalla necessità di monitoraggio clinico dei farmaci utilizzati.

L'analisi dei DRG 158. 324. 339. 340. 343 ha evidenziato che solo circa il 22% dei ricoveri sono risultati inappropriati; si sta comunque procedendo progressivamente ad un lavoro di analisi congiunta con le Unità Operative per ridurre al minimo l'andamento dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati.

S. Processi di supporto

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	<=0	-9.436.631	2	2
S.A.1.3	Costo del Personale	221.971.358 (modificato con Decreto n. 27 del 12/03/2020)	€ 220.182.875	3	3
S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	<=0	-10,32	Mantenimento	Mantenimento
S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	<=0 (previsto raggiungimento parziale)	9% IV trim	2	2
S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit. Rendicontazione semestrale e di fine anno	L'attività svolta è in linea con quanto previsto nel Piano di Audit	0,5	0,5

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Completo sviluppo del Piano nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda 0	Eseguito il piano di audit e Inviata relazione al 30/06/2019 (riscontro nota prot. 14966/2019 di AZ. Zero). Prevista una seconda relazione a conclusione del secondo semestre 2019.	0,5	0,5
S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	>=98% per il mantenimento >=95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	mantenimento 100% nuove tipologie 96,8%	0,5	0,5
S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Piano rispettato, con attivazione Portale del Cittadino al 30.6.2019	0,3	0,3
S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	90%	0,3	0,3
S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	Entro il 31/12/2019	100%	0,5	0,5
S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	Non attivate azioni da parte di Azienda Zero	0,5	0,5
S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi che non costituiscono pre-requisito	100%	100%	Mantenimento	Mantenimento
S.C.1.1	Completamento fasi 19,28,35,48,51,55,59 del cronoprogramma illustrato al primo incontro del comitato permanente Enti Sottoscrittori dell'accordo del 31/07/2018	Entro il 31/12/2019	70% (dato 3°monitoraggio - valutazione parziale)	2	2
S.C.1.2	Demolizione del fabbricato Pneumologia e approvazione progetto definitivo per la nuova Pediatria	Entro il 31/12/2019	100%	1	1
S.C.2.1	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	>=90%	63% (dato 3°monitoraggio - valutazione parziale)	2	1,3

ID ind	Indicatore	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	>=90%	100%	1	1
S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	>=80% dei sinistri aperti e 80% delle segnalazioni prese in carico	97% + 96%	0,5	0,5
S.D.3.2	N° schede di segnalazione pervenute al RM	>30 segnalazioni/mese	215/mese	0,5	0,5
S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	Sì	Sì	0,5	0,5
S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Sì	Sì	mantenimento	mantenimento
S.F.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%	mantenimento	mantenimento

S.A.2.2 Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato

Nel 2019 la % di pagato oltre i termini si è distribuita come segue:

1° trimestre: 20%

2° trimestre: 9%

3° trimestre: 12%

4° trimestre: 9%

E' evidente quindi il miglioramento nel corso dell'anno, soprattutto tenendo conto i seguenti fattori:

- riduzione del personale nel 2019 nelle UO amministrative centrali: da 406 unità al 31/12/2018 a 389 al 31/12/2019; tale passaggio ha comportato la sostituzione di parte del personale trasferito in più tranches (con numero rilevante a partire dal 1 giugno 2019) con personale appartenente alle categorie protette e completamente a digiuno delle modalità operative aziendali e quindi il personale interno ha dovuto procedere alla loro formazione. Le strutture coinvolte maggiormente erano coinvolte nel processo;

- la gestione del passaggio dell'ospedale S. Antonio a questa Azienda, che ha coinvolto il personale amministrativo nella seconda metà dell'anno; secondo il documento inviato dall'ULSS 6 (prot. 68721 del 19/11/2019), l'attività del S. Antonio comporta che 19 unità (FTE) del comparto tecnico-amministrativo dei servizi centrali siano dedicate esclusivamente ad essa.

Vedasi anche paragrafo 4.1.2.

S.A.3.1 Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit

A rafforzamento del suddetto obiettivo regionale, sono stati definiti alcuni obiettivi aziendali, pienamente raggiunti, di revisione delle procedure specifiche per alcune aree (disponibilità liquide: casse, tesoreria, pagamenti, fondi economici; patrimonio netto; debiti e costi: anagrafica fornitori, prodotti e servizi acquisto beni e servizi; rimanenze).

Sono stati inoltre assegnati alle UO amministrative anche altri obiettivi aziendali, anche questi pienamente raggiunti, relativamente alla collaborazione con l'Internal Audit alla predisposizione/attuazione del Piano di miglioramento a seguito di audit di Azienda Zero su due aree: crediti verso privati e manutenzioni straordinarie.

Indicatori V Commissione

Infine per quanto riguarda gli obiettivi oggetto di valutazione della V Commissione, è stata inviata, su richiesta della Regione, una relazione sugli interventi tesi all'implementazione dell'umanizzazione nel rapporto con pazienti e familiari da parte del personale medico e sanitario (obiettivo E.4).

Questa ha riguardato le attività svolte sul tema nel 2019, relativamente a:

- attività dell'UOSD Psicologia Ospedaliera;
- formazione
- progetto "Volontari Amici in Neuropsichiatria Infantile".

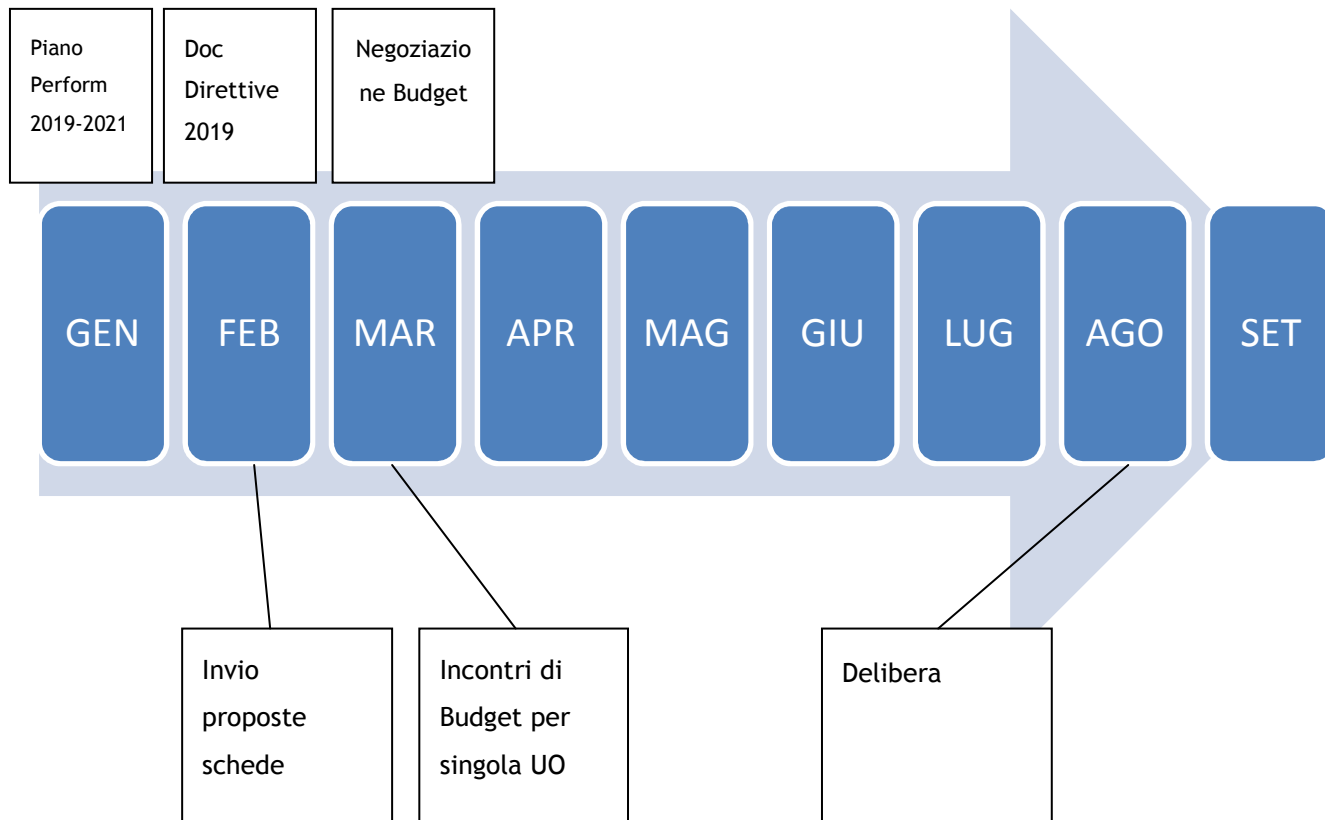
E' stata inoltre inviata alla Regione la nota prot. 31164 del 20/05/2020 relativamente all'obiettivo E.7 "Recupero farmaci e presidi medici"

3.2 Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano della Performance 2019 sono stati assegnati alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) tramite il processo di budget che, come nel 2018, ha previsto incontri con le singole Unità Operative, presso le sedi delle stesse, permettendo così la partecipazione allargata di tutto il personale.

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.
- Le proposte di schede sono state presentate durante appositi incontri, effettuati con i Direttori delle singole UUOO che sono Centro di Responsabilità, presso le loro sedi. Questi incontri hanno consentito così di condividere con tutto il personale le schede, eventualmente modificandole o integrandole tenendo conto delle proposte delle Unità Operative. A testimonianza della condivisione, la maggior parte delle schede di budget è stata poi sottoscritta dai Direttori di unità operativa.
- Obiettivi e risorse assegnati, così come formalizzati nelle schede di budget 2019, sono stati approvati con deliberazione del direttore generale DDG n. 1.024 del 29/08/2019 e pubblicati nel portale aziendale Reportmed.



Il monitoraggio degli obiettivi è stato effettuato ad ottobre attraverso incontri a livello dipartimentale.

La fase di valutazione finale ha tenuto conto dei risultati raggiunti nel corso dell'anno, valutati secondo i criteri approvati e condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta del 21 maggio 2020, al fine di assegnare punteggio completo alle unità operative che hanno raggiunto i target e di graduarlo per le unità operative che si sono avvicinate alla soglia.

Il monitoraggio finale dei budget dei Centri di Responsabilità è stato inviato a tutti i Direttori di struttura il 21/02/2020, ma poiché a fine febbraio ha avuto inizio il periodo di emergenza COVID-19, impegnando in maniera straordinaria la gran parte delle Unità Operative (non solo i reparti/P.S., ma anche le UO referenti degli obiettivi di budget), si è ritenuto opportuno rinviare alle UO il monitoraggio finale con nota dell'08/06/2020 per dare l'opportunità alle UU.OO. di analizzare gli scostamenti e produrre eventuali relazioni giustificative. La valutazione finale tiene infatti 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 sono stati 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, come descritto nel dettaglio in ciascuna scheda di valutazione).

Al fine di garantire trasparenza e imparzialità, gli obiettivi stralciati in corso d'anno sono stati sottoposti all'OIV nella seduta del 04/10/2019.

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. I risultati complessivi variano da 67% a 100% per la Dirigenza e da 70% a 100% per il Comparto,

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, 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 e del valutato, che ne attesta così la presa visione. Si precisa che dall'anno 2019 la procedura informatica è stata modificata in modo da permettere la presa visione on-line da parte del valutato, sostitutiva pertanto della sottoscrizione cartacea.

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 ed archiviata in forma cartacea all'interno del fascicolo personale presso l'U.O.C. Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università.

C. Procedura dei Ricorsi

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

L'Azienda ha individuato un collegio con il compito di analizzare i ricorsi presentati: 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.

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.

La valutazione dell'unità operativa incide in forma diversificata tra Dirigenza e Comparto.

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 Individuale di Valorizzazione raccoglie tutti gli elementi necessari per poter esprimere un giudizio sull'attività del singolo, al fine di valorizzarne le caratteristiche personali che contribuiscono non solo all'attività interna alla struttura ma anche in una visione più ampia di Azienda.

Tutti gli elementi singolarmente desunti, da un lato favoriscono l'incremento della retribuzione economica e dall'altro permettono di conoscere la professionalità dei propri collaboratori nelle diverse forme.

Il documento è caratterizzato dall'individuazione delle seguenti tre 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.
Area della Qualità	nella quale vengono individuati dei fattori atti a verificare il contributo personale indispensabile per implementare le conoscenze e orientare le capacità, connesse anche al modo di porsi nei confronti del lavoro rivolto ad una dimensione soggettiva dello sviluppo innovativo.

Si è sentita l'esigenza di individuare 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 allo scopo di omogeneizzare il metro di misura che deve essere calato nella singola realtà 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>	
Orientamento al risultato	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.
Impegno, partecipazione e qualità della prestazione	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.
Adattabilità	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.

La valutazione non positiva non richiede la compilazione dell'area della capacità e dovrà essere espressa direttamente dai soggetti preposti alla valutazione, i quali dovranno fornire una relazione alla Direzione. La valutazione non positiva comporterà la non distribuzione del conguaglio.

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.

Criteri area della conoscenza - Progressione orizzontale	
Responsabilità	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.
Relazioni	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.
Autonomia	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.

Area della qualità (Relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale)

Nell'area della qualità vengono individuati dei criteri atti a verificare il contributo, le capacità e le conoscenze personali nell'attività aziendale, connesse anche al modo di porsi nei confronti dello sviluppo innovativo professionale.

Si specifica tuttavia che, nell'intesa sottoscritta in data 13/02/2017, le delegazioni trattanti hanno definito di attribuire la progressione economica orizzontale con decorrenza 1/01/2017, stabilendo di tener conto, tra i criteri di selezione, del Documento Individuale di Valorizzazione per la sola parte "Area della Conoscenza". Nell'anno 2018 e anno 2019 non si è dato corso alle progressioni economiche orizzontali di carriera.

Collegamento con il sistema premiante

Al fine del collegamento delle schede di budget con il sistema premiante, la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali del comparto, per la determinazione dei budget di ogni singola

Struttura, viene fatta in base al numero di personale all'interno della struttura, tenendo conto della categoria di appartenenza, e alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget, esclusi quelli che non sono considerati di competenza del comparto.

Per il 2019, è in fase di sottoscrizione con le Organizzazioni sindacali di categoria un'intesa che prevede 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>	
Relazione	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.
Autonomia e Responsabilità	Rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.
Impegno, partecipazione e livello di complessità	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.
Attività scientifica, didattica e aggiornamento	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 D.I.V. è composto da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8, 15, 22, 30 fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.

Collegamento con il sistema premiante

Anche per l'area della Dirigenza, al fine del collegamento delle schede di budget con il sistema premiante, la ripartizione delle risorse derivanti dai fondi contrattuali, per la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, viene fatta in base all'addensamento dei dirigenti all'interno della struttura e alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi. 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 ha visto coinvolto tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera e il personale convenzionato con l'Università di Padova per un totale di 5575 persone valutate e 6103 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.

VALUTAZIONI TOTALI

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV compilati
COMPARTO	Dip.ti AOP	4325	4770
	Dip.ti Conv. UNI	175	229
	Totale	4500	4999

DIRIGENZA	Dip.ti AOP	738	757
	Dip.ti Conv. UNI	337	347
	Totale	1075	1104

Totale complessivo	5575	6103
---------------------------	-------------	-------------

VALUTAZIONI PERSONALE AREA DIRIGENZA

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV compilati
DIRIGENTI MEDICI	Dip.ti AOP	652	664
	Dip.ti Conv. UNI	266	275
	Totale	918	939

DIRIGENTI SANITARI	Dip.ti AOP	64	64
	Dip.ti Conv. UNI	65	66
	Totale	129	130

DIRIGENTI PTA	Dip.ti AOP	22	29
	Dip.ti Conv. UNI	6	6
	Totale	28	35

Totale complessivo	1075	1104
---------------------------	-------------	-------------

VALUTAZIONI PERSONALE AREA COMPARTO

Profilo professionale	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV compilati
Pers. Infermieristico	Dip.ti AOP	2590	2849
	Dip.ti Conv. UNI	9	9
	Totale	2599	2858
Pers. Tecnico Sanitario/Riabilitazione	Dip.ti AOP	391	404
	Dip.ti Conv. UNI	59	64
	Totale	450	468
Personale OSS	Dip.ti AOP	711	874
	Dip.ti Conv. UNI	0	0
	Totale	711	874
Personale Amm.vo/Tecnico	Dip.ti AOP	633	643
	Dip.ti Conv. UNI	107	156
	Totale	740	799
Totale complessivo		4500	4999

In data 28/05/2020 è stato avviato il processo di valutazione, attivando l'accesso al supporto informatico ai valutatori. Il termine per la compilazione e chiusura informatica dei documenti di valutazione era stato fissato per il giorno 12/06/2020, per la raccolta dei documenti cartacei il 25/06/2020.

Ad oggi tutti i DIV sono stati correttamente chiusi informaticamente, eccetto quelli di 6 dipendenti universitari in convenzione per i quali siamo in attesa di avere indicazioni dall'Università di Padova sui corretti valutatori ai quali compete la valutazione.

Con riferimento alla presa visione informatica della valutazione da parte dei valutati, ad oggi, risultano visionati l'84% dei DIV del Comparto e il 78% della Dirigenza. Se consideriamo che parte del personale valutato non è ora in servizio in azienda per cessazione e che pertanto le credenziali aziendali non sono attive, la percentuale della presa visione è quasi totale (92% Comparto, 85% Dirigenza). Si precisa che per tali valutati, se interessati, vi è la disponibilità di credenziali provvisorie per la visione della 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 25 luglio 2020. Alla data del 26/06/2019 sono pervenuti alla UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e

rapporti con l'Università n. 9 ricorsi di dipendenti dell'area comparto e n. 1 da parte della dirigenza medica.

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 Produttività Individuale					INCENTIVI
1. Orientamento al risultato	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
2. Impegno, partecipazione e qualità delle prestazioni	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
3. Adattabilità	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
PUNTEGGIO MASSIMO				30	

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	Valutazione ☺	Valutazione ☺☺	PERFORMANCE ATTESA	
				Valutazione ☺☺☺	Valutazione ☺☺☺☺
1. Orientamento al risultato	Abilità 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.
2. Impegno, partecipazione e qualità della prestazione	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nella Struttura di afferenza, portandosi 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.
3. Adattabilità	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 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:

Criterio	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺
Criterio	1	4	7	10

La procedura informatica è stata completata con la chiusura definitiva delle 4999 DIV predisposte, ad esclusione delle 6 sopraccitate. 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 COMPLESSIVA DEI TRE CRITERI DELL'AREA CAPACITA'

Profilo	Valore Medio	Deviazione Standard	Valore Minimo	Valore Massimo
Pers.Infermieristico	28,15	3,83	3,00	30,00
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	28,97	3,08	3,00	30,00
Personale Amm.vo/Tecnico	28,89	3,23	3,00	30,00
Personale OSS	27,56	4,06	3,00	30,00
Totale complessivo	28,24	3,74	3,00	30,00

Come si evince dalla tabella, complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 28,24 su un punteggio massimo di 30, con una deviazione standard pari a 3,74. 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 seppur registrando, nel 2019 rispetto al 2018, un lieve aumento del valor medio e una minima riduzione 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	9,24	9,47	9,45	1,54	1,32	1,34
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	9,65	9,72	9,60	1,15	1,02	1,18
Personale Amm.vo/Tecnico	9,62	9,65	9,62	1,19	1,16	1,17
Personale OSS	9,06	9,23	9,27	1,60	1,53	1,41
Totale complessivo	9,31	9,48	9,46	1,48	1,32	1,32

Anche per l'anno 2019, così come avvenuto per gli anni scorsi, la media complessiva dei criteri valutati si conferma superiore nell'"Impegno", ovvero nella competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione. Il criterio "Orientamento" riporta invece la media di punteggio più bassa e un indice di variabilità più alto, evidenziandosi più critico e di difficile conseguimento per il personale.

Nonostante i dati sintetizzati finora dimostrino la tendenza del valore medio di approssimarsi al valore massimo, vedremo di seguito come anche i minimi scostamenti determinino invece una differenziazione finale nelle quote incentivanti.

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 Conguaglio Incentivi	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	

Vediamo quindi l'addensamento dei punteggi registrati. Per il 2,72% delle DIV presenti, i valutatori hanno ritenuto non opportuno esprimere una valutazione, in quanto i periodi di valutazione si riferivano a dipendenti assenti per motivi di malattia, gravidanza o aspettativa.

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV	
3<21	172	3,44%
21	363	7,26%
24	200	4,00%
27	484	9,68%
30	3644	72,89%
non valutati	136	2,72%
totale	4999	

Il 3,44% delle DIV risultano avere un punteggio inferiore allo standard, in diminuzione rispetto al 2018, e il 72,89% riportano il punteggio massimo, discostandosi per circa il 1% dal valore dello scorso anno in aumento. Tuttavia, indicativamente circa il 27% dei dipendenti ovvero 1.355 teste, percepiranno una quota di conguaglio incentivi non corrispondente al massimo e con una riduzione minimo del 10%.

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			
		□	□ □	□ □ □	□ □ □ □
1. Relazioni	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.	Ottima 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.
2. Autonomia e Responsabilità	Il criterio rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.	Scarsa propensione a porsi 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 porsi 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.
3. Impegno, Partecipazione e Livello di complessità	Il criterio 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.	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, appropriatezza 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 esauritivo nel massimo rispetto di efficienza, appropriatezza e tempismo; strutturata attuazione di meccanismi di controllo e riorganizzazione del lavoro per il recepimento dei cambiamenti e la loro traduzione in nuovi obiettivi da realizzare.
4. Attività Scientifica, Didattica e Aggiornamento	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 incumbenza 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 come 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.
Valore numerico per criterio		4	11	18	25

Anche per l'area della Dirigenza, la procedura informatica è stata completamente ultimata con la chiusura definitiva delle 1104 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 96% (n. 1069 DIV) dell'area dirigenziale.

ANALISI COMPLESSIVA DEI CRITERI

Dirigenti	Profilo	Valore Medio	Deviazione Standard	Valore Minimo	Valore Massimo
Ospedalieri	DIR.MEDICO	97,78	6,66	23	100
	DIR. SANITARIO	98,25	7,48	44	100
Totale Ospedalieri		97,82	6,73	23	100
Universitari	DIR.MEDICO	73,88	4,92	19	75
	DIR. SANITARIO	73,60	3,95	54	75
Totale Universitari		73,83	4,74	19	75

Sintetizzando i punteggi espressi dai valutatori si rileva una media pari a 97,82 su un punteggio massimo di 100 per i dirigenti ospedalieri e pari a 73,83 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. Dagli indici analizzati si rivela, in linea con lo scorso anno, un maggior scostamento dalla media ovvero una maggiore variabilità nelle valutazioni che coinvolgono i dirigenti medici rispetto ai dirigenti sanitari (farmacisti, biologi, psicologi,...).

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

ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DI VALUTAZIONE

Dirigenti	Criteri DIV	DIR. MEDICO	DIR. SANITARIO (Biologo, Farmacista, Psicologo,...)	Media complessiva
Ospedalieri	Media di Punteggio Relazioni	24,59	24,67	24,60
	Media di Punteggio Autonomia	24,44	24,67	24,46
	Media di Punteggio Impegno	24,61	24,67	24,62
	Media di Punteggio Attività	24,13	24,23	24,14
	Dev. standard di Punteggio Relazioni	1,81	1,94	1,82
	Dev. standard di Punteggio Autonomia	2,05	1,94	2,04
	Dev. standard di Punteggio Impegno	1,69	1,94	1,71
	Dev. standard di Punteggio Attività	2,61	2,53	2,61

Dirigenti	Criteri DIV	DIR. MEDICO	DIR. SANITARIO (Biologo, Farmacista, Psicologo,...)	Media complessiva
Universitari	Media di Punteggio Relazioni	24,58	24,68	24,60
	Media di Punteggio Autonomia	24,56	24,35	24,52
	Media di Punteggio Impegno	24,74	24,57	24,71
	Dev. standard di Punteggio Relazioni	1,96	1,48	1,88
	Dev. standard di Punteggio Autonomia	2,00	2,04	2,01
	Dev. standard di Punteggio Impegno	1,46	1,70	1,51

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 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 Ospedaliera.

<i>Punteggio complessivo</i>	<i>Quota risultato corrispondente</i>
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.

Punteggio DIV	Quota Risultato	Scostamento dal Valore massimo
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	

Si analizza quindi di seguito l'addensamento dei punteggi registrati. Per l'1,73% delle DIV presenti, i valutatori hanno ritenuto non opportuno esprimere una valutazione, in quanto i periodi di valutazione si riferivano a dipendenti assenti per motivi di malattia, gravidanza o aspettativa.

Punteggio complessivo	totale DIV	
punteggio inferiore al 50%	4	0,38%
punteggio tra il 50% e la "performance attesa"	4	0,38%
punteggio "performance attesa"	13	1,25%
punteggio intermedio	122	11,72%
punteggio massimo	908	87,22%
non valutati	18	1,73%

totale	1069
---------------	-------------

Complessivamente, tra dirigenti medici/sanitari ospedalieri e universitari, solo lo 0,38% delle DIV risulta avere un punteggio inferiore al rispettivo punteggio della performance attesa e l'87,22% riporta il punteggio massimo.

Nonostante vi sia una tendenza globale di vicinanza al punteggio massimo, come si nota nelle tabelle sottostanti, il 17,24% dei dirigenti medici/sanitari ospedalieri percepiscono una quota di risultato con una riduzione minima del 6%.

Punteggio complessivo	totale DIV ospedalieri	
< 50	3	0,41%
50 < 72	4	0,55%
72	8	1,10%
79	10	1,38%
86	25	3,45%
93	64	8,83%
100	603	83,17%
non valutati	11	1,52%

totale	728
---------------	------------

Punteggio complessivo	totale DIV convenzionati	
< 37,5	1	0,32%
37,5 < 54	0	0,00%
54	5	1,58%
61	10	3,16%
68	13	4,11%
75	305	96,52%
non valutati	7	2,22%

totale	341
--------	-----

Confronto con le valutazioni espresse l'anno precedente

Dal raffronto delle valutazioni medie con le due annualità 2018 e 2017, si conferma un trend in aumento dei valori medi rispetto all'anno scorso per il personale del comparto e per la dirigenza ospedaliera, mentre per la dirigenza universitaria si registra una diminuzione rispetto agli scorsi anni.

Personale area Comparto

	valore medio anno 2019	valore medio anno 2018	valore medio anno 2017
<i>Punteggio "Orientamento"</i>	9,31	9,24	9,36
<i>Punteggio "Impegno"</i>	9,48	9,45	9,50
<i>Punteggio "Adattabilità"</i>	9,46	9,41	9,49
Punteggio "Totale area capacità"	28,24	28,11	28,34

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV 2019	
3<21	172	3,44%
21	363	7,26%
24	200	4,00%
27	484	9,68%
30	3644	72,89%
non valutati	136	2,73%

Punteggio complessivo area capacità	totale DIV 2018	
3<21	188	3,70%
21	399	7,86%
24	229	4,51%
27	483	9,51%
30	3643	71,73%
non valutati	137	2,70%

totale	4999
--------	------

totale	5079
--------	------

Dirigenza Medica e Sanitaria Ospedaliera e Universitaria convenzionata

Dirigenti Medici	Criteri DIV	valore medio anno 2019	valore medio anno 2018	valore medio anno 2017
Ospedalieri	Punteggio Relazioni	24,59	24,47	24,44
	Punteggio Autonomia	24,44	24,55	24,57
	Punteggio Impegno	24,61	24,64	24,68
	Punteggio Attività	24,13	23,89	23,95
	Punteggio Totale	97,78	97,55	97,64
Universitari	Punteggio Relazioni	24,58	24,77	24,72
	Punteggio Autonomia	24,56	24,80	24,83
	Punteggio Impegno	24,74	24,86	24,83
	Punteggio Totale	73,88	74,43	74,37

Dirigenti Sanitari (Biologo, farmacista, Psicologo,...)	Criteri DIV	valore medio anno 2019	valore medio anno 2018	valore medio anno 2017
Ospedalieri	Punteggio Relazioni	24,67	24,69	24,58
	Punteggio Autonomia	24,67	24,58	25,00
	Punteggio Impegno	24,67	24,58	24,89
	Punteggio Attività	24,23	24,27	24,36
	Punteggio Totale	98,25	98,12	98,83
Universitari	Punteggio Relazioni	24,68	24,47	24,32
	Punteggio Autonomia	24,35	24,26	24,44
	Punteggio Impegno	24,57	24,47	24,66
	Punteggio Totale	73,60	73,20	73,42

Punteggio complessivo	totale DIV 2019 ospedalieri	
< 50	3	0,41%
50 < 72	4	0,55%
72	8	1,10%
79	10	1,38%
86	25	3,45%
93	64	8,83%
100	603	83,17%
non valutati	11	1,52%

totale DIV 2018 ospedalieri	
0	0,00%
8	1,10%
10	1,38%
12	1,66%
20	2,76%
89	12,28%
577	79,59%
9	1,24%

totale	728
---------------	------------

725

Punteggio complessivo	totale DIV 2019 convenzionati	
< 37,5	1	0,32%
37,5 < 54	0	0,00%
54	5	1,58%
61	10	3,16%
68	13	4,11%
75	305	96,52%
non valutati	7	2,22%

totale DIV 2018 convenzionati	
0	0,00%
0	0,00%
5	1,58%
5	1,58%
12	3,80%
288	91,14%
6	1,90%

totale	341
---------------	------------

316

4 Risorse, efficienza ed economicità

4.1.1 Evoluzione della performance economica dell'azienda

Assieme al perseguimento degli obiettivi di qualità dei servizi sanitari erogati, l'Azienda Ospedaliera attua una continua tensione verso l'economicità della gestione e la produttività delle risorse.

L'equilibrio economico dell'Azienda è ulteriormente migliorato nel 2019, proseguendo il trend positivo degli scorsi anni.

	Consuntivo 2018	Bep 2019 Dgr 246/2019	Consuntivo 2019	Delta 2019 2018	Delta 2019 bep 2019
RISULTATO DI ESERCIZIO	102.724	-28.199.922	5.637.060	5.534.335	33.836.982
Totale valore della produzione (A)	613.825.282	610.933.010	622.641.101	8.815.820	11.708.091
Totale costi della produzione (B)	601.047.633	622.056.948	599.222.053	-1.825.580	-22.834.895
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-80.152	-200.000	-117.262	-37.110	82.738
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	4.072.019	0	-618.965	-4.690.984	-618.965
Totale imposte e tasse	16.666.790	16.875.984	17.045.760	378.970	169.776

Con DGR 246/2019, Azienda Zero ha adottato il bilancio economico di previsione consolidato del Servizio Sanitario Regionale 2019 che recepisce per l'Azienda Ospedaliera di Padova la proposta di Bilancio Economico Preventivo Annuale 2019 adottata con delibera n.11587 del 31/12/201, che presentava una perdita d'esercizio di 28,2 milioni di euro.

Il Bilancio d'esercizio 2019 presenta un utile d'esercizio di 5,6 milioni di euro, con valore e costi della produzione pari rispettivamente a 622,6 e 599,2 milioni di euro, con proventi e oneri finanziari e straordinari, rispettivamente pari a - 117 mila euro e 619 mila euro di euro, con 17 milioni di euro di imposte e tasse.

Il risultato d'esercizio 2019 migliora rispetto all'esercizio 2018 di 5,5 milioni di euro, con ricavi in incremento di 8,8 milioni di euro e costi in riduzione per 1,8 milioni di euro, con un differenziale su proventi e oneri finanziari e straordinari rispettivamente di 37 mila euro mila euro e 4,7 milioni di euro.

Rispetto al Bilancio Economico Preventivo 2019, il risultato d'esercizio 2019 migliora di 33,8 milioni di euro, principalmente per effetto dei seguenti fattori:

- della corretta valorizzazione dei ricavi, in incremento di 11,7 milioni di euro;
- dalla riduzione dei costi di produzione per 22,8 milioni di euro; tale differenza è spiegata principalmente dai seguenti fattori:

- 6,8 milioni di euro come risultato di riduzione di prodotti farmaceutici 14,1 milioni e incremento di dispositivi medici 7,6 milioni;
 - 4,3 milioni di euro da chiusura del progetto europeo Translink contabilizzato in altri rimborsi (1,8 milioni) la riduzione delle consulenze 1,7 milioni di euro, la riduzione di 777 mila euro di altri servizi sanitari da aziende sanitarie delle regione - extraregione e da privato;
 - 1,8 milioni di euro negli acquisti non sanitari sono il risultato di voci in incremento e in riduzione dei servizi non sanitari;
 - 6,9 milioni di euro negli altri oneri diversi di gestione non è da imputare ad errata stima ma dal fatto che a preventivo in questa voce sono inserite le compensazioni intercompany Azienda - IOV che a consuntivo vengono rilevate come riduzione di ricavo. Vengono inserite a preventivo per valorizzare l'impatto sul risultato d'esercizio;
 - 5,2 milioni degli ammortamenti è riconducibile al fatto che a preventivo sono stati valorizzati ammortamenti da piano investimenti.
- da un differenziale di 619 mila euro per proventi e oneri straordinari difficilmente prevedibili a preventivo 2019.

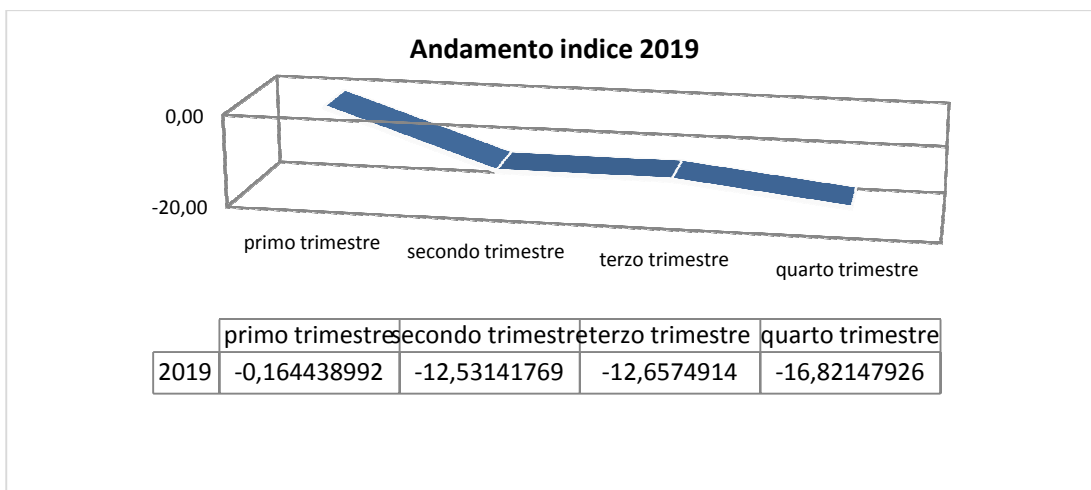
4.1.2 Evoluzione dei tempi medi di pagamento

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture. Il valore dell'indicatore di tempestività dei pagamenti viene calcolato moltiplicando l'importo pagato al fornitore per ogni fattura per i giorni di ritardo o anticipo rispetto alla scadenza legale fissata in 60 gg. data ricevimento fattura (D.lgs. 231/2002, art. 4, c. 5, lettera b). Dal totale giorni, calcolati dalla data di ricezione della fattura alla data del pagamento, viene calcolato scomputandogli eventuali periodi di sospensione dovuti a contestazioni con i fornitori o fino al momento dell'effettivo collaudo del cespite.

Si precisa che l'indicatore risente dell'attuale impossibilità di incorporare 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.

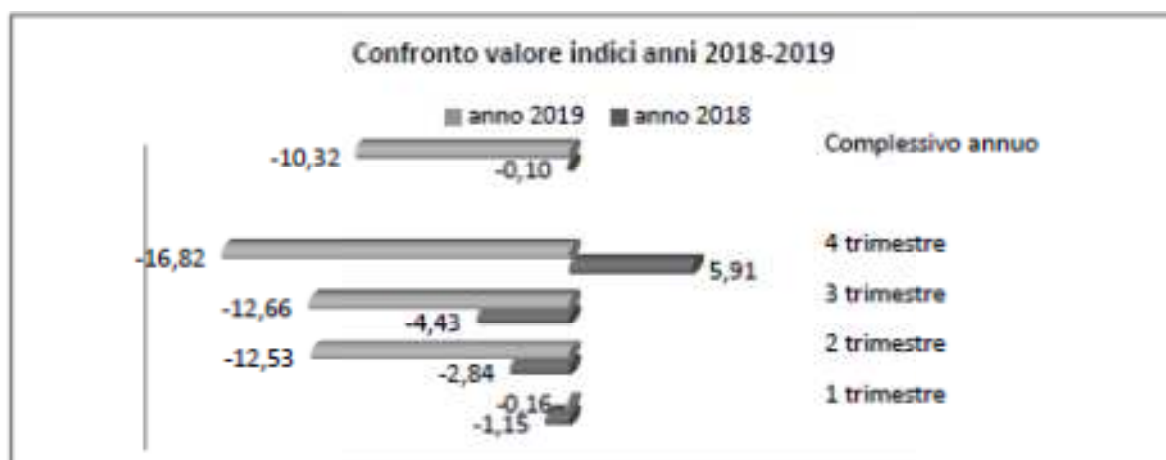
Dal calcolo sono escluse tutte le partite riferite a debiti non commerciali ossia le fatture per interessi di mora, risarcimenti danni, spese per cause civili, spese per recupero crediti, spese legali. Sono altresì escluse le fatture relative alle cosiddette "Poste R", ossia quelle relative agli scambi operati tra le aziende sanitarie appartenenti al bilancio consolidato della sanità della regione, 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.

L'indicatore/indice di tempestività dei pagamenti nel corso del 2019 ha presentato il seguente andamento

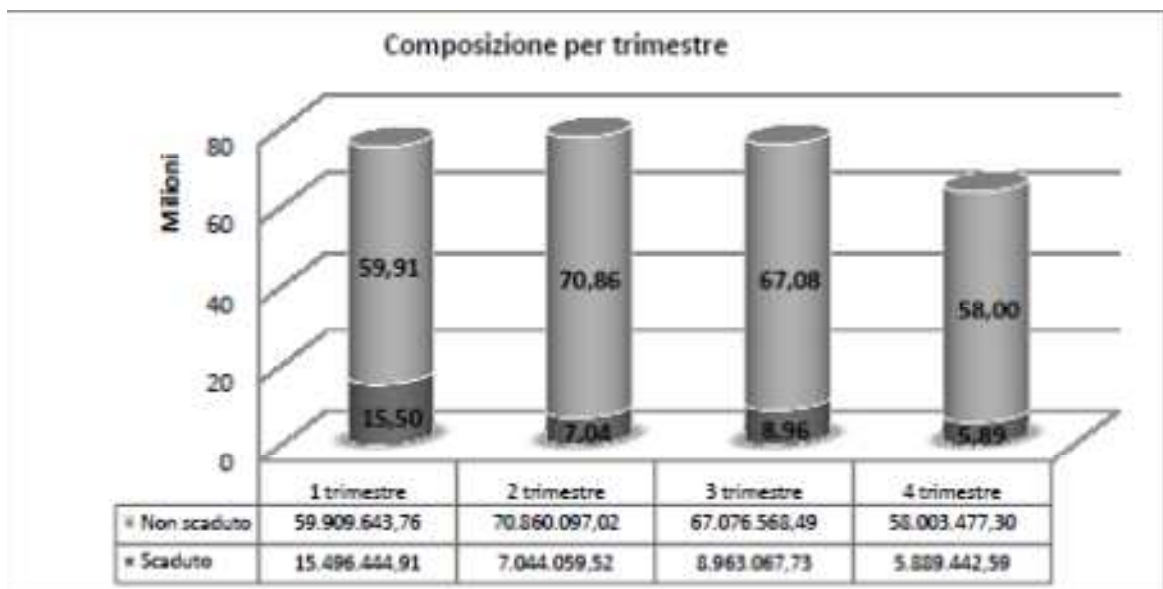
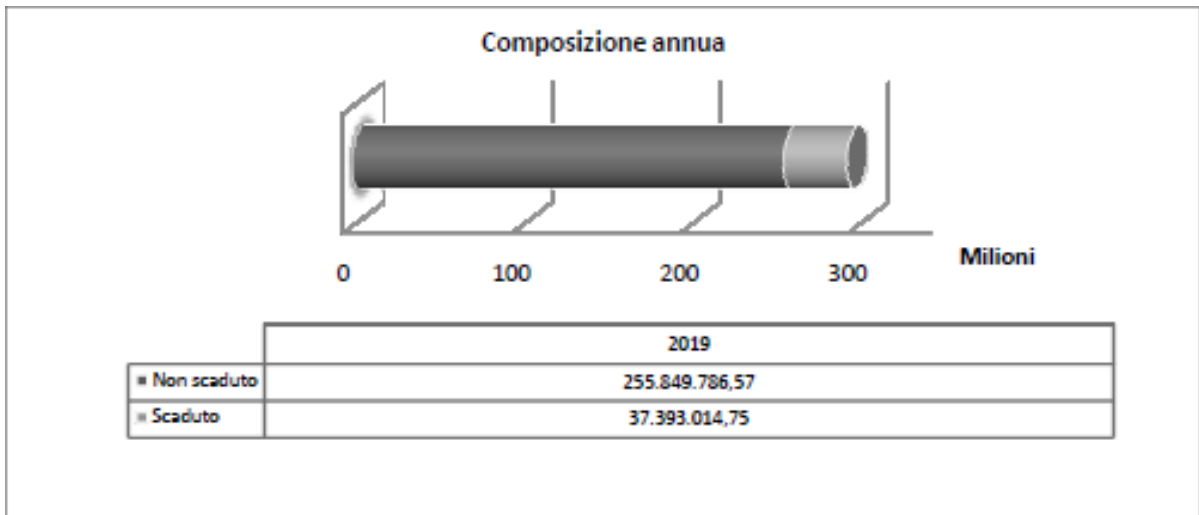


Il valore annuo dell'indice risulta pari a -10,32 contro un valore annuo 2018 di -0,16. Nell'anno 2018 l'azienda riusciva a mantenere i tempi medi di pagamento, calcolati secondo l'indicatore di tempestività, entro i 60 giorni. Nell'anno 2019 il valore migliora e mediamente i pagamenti avvengono con 10 giorni di anticipo rispetto alla scadenza di legge.

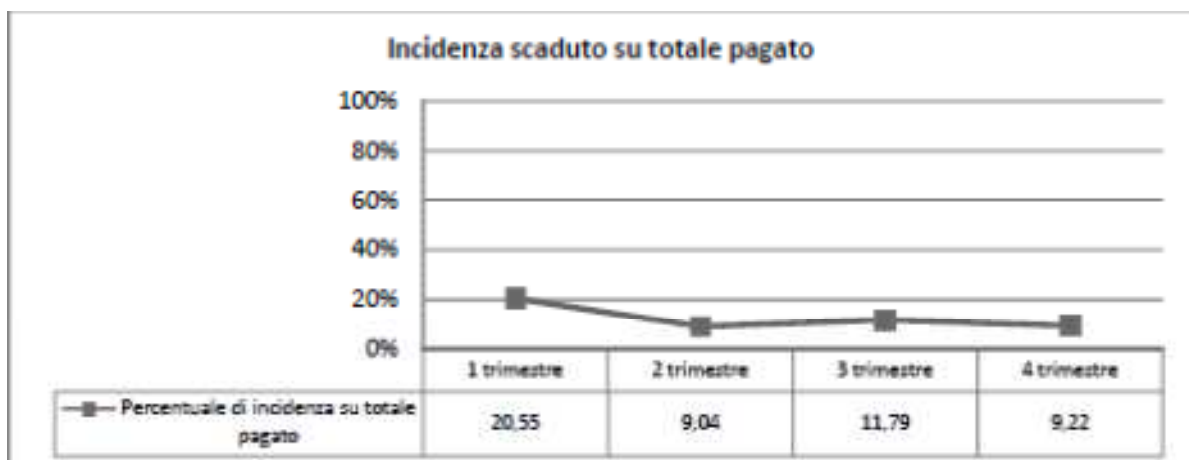
Il confronto dell'andamento dell'indice per i quattro trimestri dell'anno 2018 e 2019 evidenzia ancora meglio il progressivo miglioramento dell'indicatore nel corso dell'anno.



La composizione dei pagamenti effettuati nel corso del 2019 è rappresentata nel seguente grafico



Incidenza scaduto su totale pagamenti



Nell'anno 2018 i pagamenti totali sono ammontati a euro 269.685.677,60. I pagamenti per debiti scaduti sono stati pari ad euro 84.905.458,33; i pagamenti entro la scadenza sono stati pari a euro 184.780.219,27.

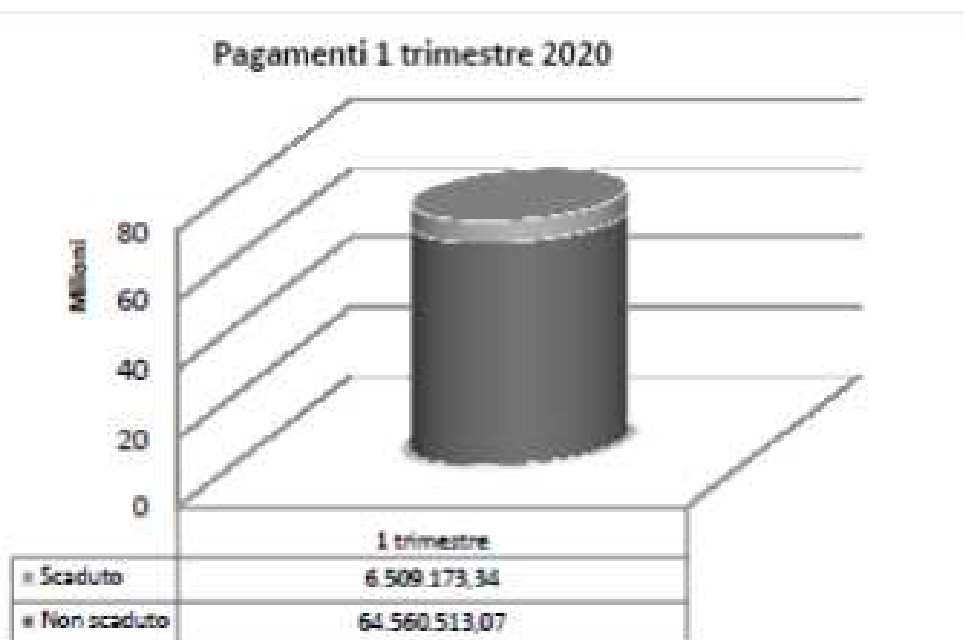
Nel corso dell'anno 2019 sono stati effettuati pagamenti per un valore di euro 293.242.801,32. I pagamenti riferiti a debiti scaduti sono stati pari a euro 37.393.014,75. I pagamenti avvenuti entro i termini di scadenza sono ammontati a euro 255.849.786,57. Da ciò emerge che l'azienda è riuscita a migliorare i termini di pagamento, (l'indice di tempestività passa da -0,10 a - 10,32) con un aumento dei pagamenti annui per euro 23.557.123,72.

Il miglioramento della performance aziendale può essere desunto anche dalla valutazione dell'indicatore che misura l'incidenza dei pagamenti per debiti scaduti sul totale dei pagamenti (% dello scaduto pagato sul totale pagato).

Il quarto trimestre 2018 registra un valore del 27% di pagamenti per debiti scaduti. Il quarto trimestre del 2019 si chiude con un valore del 9% di pagamenti per debiti scaduti.

Il trend in miglioramento della capacità dell'azienda di rispettare i termini di pagamento si desume infine anche dalla lettura dei dati del primo trimestre 2020 confrontati con il primo trimestre 2019.

Va registrato che l'indicatore di tempestività dei pagamenti passa da un valore di -0,16 nel primo trimestre 2019 al valore di -13,16 nel primo trimestre 2020.



L'altro indicatore che va valutato congiuntamente è riferito all'ammontare del debito scaduto al 31/03.

Nell'anno 2019 il valore del debito scaduto comprensivo di iva alla fine del primo trimestre era pari a euro 4.506.685,02. Alla fine del primo trimestre del corrente anno il valore del debito scaduto comprensivo di iva è stato pari a euro 4.563.496,90. La sostanziale corrispondenza dell'ammontare del debito scaduto va considerata positivamente atteso che già nel primo trimestre 2020 vengono a scadenza maggiori debiti verso fornitori per il maggior volume di acquisti di beni e servizi correlati con l'acquisizione dell'Ospedale s. Antonio. Il 54% dei debiti scaduti nel primo trimestre 2020 risultano scaduti da un periodo inferiore a 30 giorni.

5 Il processo di redazione della Relazione sulla *performance*

5.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

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.

Nel 2019, il monitoraggio finale della performance aziendale è avvenuto nel mese di marzo con l'invio da parte di Azienda Zero dei dati di pre-consuntivo, mentre la valutazione da parte della Regione è ancora in corso.

Per quanto riguarda il monitoraggio finale dei budget dei Centri di Responsabilità, questo è stato inviato a tutti i Direttori di struttura il 21/02/2020 e, dato il periodo di emergenza COVID-19 che ha impegnato in maniera straordinaria sia i reparti/Servizi, sia le UO referenti degli obiettivi di budget, è stato rinviato l'08/06/2020.

Infine, la valutazione individuale è stata avviata con la formale richiesta (prot. 32715 del 28/05/2020) a tutti i valutatori di concludere la valutazione entro il 12/06. Nonostante i tempi ridotti rispetto agli anni precedenti, con vari solleciti ai valutatori, si è riusciti a chiudere la procedura informatica nei tempi prefissati, tranne qualche raro caso la settimana successiva.

Azienda Ospedaliera Padova



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2019

ALLEGATO 1

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1	Intervallo di Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	DGR n. 248/2019	75° percentile entro i 18 minuti	0:18	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 100%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe P, G1*) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.6	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe P, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	DGR n. 248/2019	>=95%	I°sem 99% II°sem 99%	1	1

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 71 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo cardiologica, urologica e oncologica	DGR n. 248/2019	Soglia regionale da definire	Inviare relazioni con prot. 51441 del 02/09/2019 e prot. 17746 del 12/03/2020	2	2
Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	DGR n. 248/2019	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	3,76% (10/266) monitoraggio 3°trim	0,5	0,5
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso	DGR n. 248/2019	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	6:01	1	1
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	Decreto n. 23 del 06/02/2019, modificato con Decreto n. 43 dell'11/04/2019 e n. 127 del 07/11/2019	<=114.273.983 (farmaci)+17.811.083 (innovativi)+5.017.610 (oncologici innovativi)	106.989.850 -€ 7.284.133 (-6,4%)	5	5
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.2	Costo dispositivi medici	Decreto n. 23 del 06/02/2019, modificato con Decreto n. 43 dell'11/04/2019 e n. 127 del	<= 61.062.603	67.937.198 + € 6.874.595 (+11,3%)	4	4

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 72 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
-----------------------	---------	------------	-------	-------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

			07/11/2019				
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.3	Costo IVD	Decreto n. 23 del 06/02/2019, modificato con Decreto n. 127 del 07/11/2019	<=22.972.298	23.164.031 € 191.733 (+0,8%)	1	1
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	Decreto n. 23 del 06/02/2019	<=122€	€ 127,7	1	1
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	DGR n. 248/2019		65%	1	1
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	DGR n. 248/2019	>=90%	I° sem 86% II° sem 82%	6,5	6,5
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici (A+B) con rispetto tempo di attesa	DGR n. 248/2019	>=85% primo semestre; >=90% secondo semestre	I° sem 80% II° sem 77%	4	4

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 73 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
-----------------------	---------	------------	-------	-------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	DGR n. 248/2019	Soglie definite nel vademecum (si considerano anche il miglioramento rispetto al 2018 e le soglie di volume DM70)	3,34	4	4
	O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	DGR n. 248/2019	>=90% (punteggio parziale se >=70%)	93%	2	2
	O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	DGR n. 248/2019	>=90% (punteggio parziale se >=70%)	86,64%	2	2
	O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	DGR n. 248/2019	>=80% (punteggio parziale se >=60%)	79,18%	2	2
	O.T.3.5	% di parti cesarei primari	DGR n. 248/2019	<=25%	29%	2	0

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 74 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Rispetto degli standard e miglioramento della performance di una selezione di indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie e IOV	O.T.4.1	% di indicatori migliorati	DGR n. 248/2019	soglie definite nel vademecum	4/5	5	5
Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	O.T.5.1	Numero di studi approvati nell'anno	DGR n. 248/2019	>=anno precedente	-64%	3	2,5
Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica	O.T.5.2	Tempo medio tra la data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto per studi interventistici con farmaci e dispositivi medici	DGR n. 248/2019	<=30gg	51	3	2,5
Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.2	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero di alta complessità	DGR n. 248/2019	>=6%	2%	1	1
Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.3	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (ONERE 7):valorizzazione economica per prestazioni di ricovero non di alta complessità	DGR n. 248/2019	>=0%	13%	1	1
Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.4	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti	DGR n. 248/2019	>=10	2	1	1

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
		RVE - casi					
Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	DGR n. 248/2019	<=15%	17,66%	1	1
Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	DGR n. 248/2019	>=10 audit su eventi avversi (invio in Regione di almeno 4 audit entro il 31/08/2019 e 6 entro il 31/12/2019)	Prot. 77650 del 30/12/2019 invio relazioni finali di audit aziendali	1	1
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	DGR n. 248/2019	>=3	Inviati 3 report nei tempi richiesti	1	1
Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3	Utilizzo del sistema informativo per la ROV: consegna documento di analisi e piano di adozione del nuovo sistema informativo ROV	DGR n. 248/2019	Si	l'azienda ha consegnato il documento di analisi richiesto	0,5	0,5
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	DGR n. 248/2019	<=0	-9.436.631	2	2

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 76 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.3	Costo del Personale	DGR n. 248/2019	221.971.358 (modificato con Decreto n. 27 del 12/03/2020)	€ 220.182.875	3	3
Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	DGR n. 248/2019	<=0	-10,32	Mantenimento	Mantenimento
Efficienza finanziaria	S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	DGR n. 248/2019	<=0 (previsto raggiungimento parziale)	9% dato 4° trimestre	2	2
Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	DGR n. 248/2019	Nei tempi previsti dai rapporti di audit. Rendicontazione semestrale e di fine anno	L'attività svolta è in linea con quanto previsto nel Piano di Audit	0,5	0,5
Internal Audit	S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	DGR n. 248/2019	Completo sviluppo del Piano nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda 0	Eseguito il piano di audit e Inviata relazione al 30/06/2019 (riscontro nota prot. 14966/2019 di AZ. Zero). Prevista una seconda relazione a conclusione del secondo semestre 2019	0,5	0,5
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali	DGR n. 248/2019	>=98% per il mantenimento	mantenimento 100% nuove tipologie 96,8%	0,5	0,5

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
		indicizzate nell'infrastruttura FSEr		>=95% per le tipologie documentali non previste per il 2018			
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	DGR n. 248/2019	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Piano rispettato, con attivazione Portale del Cittadino al 30.6.2019	0,3	0,3
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	DGR n. 248/2019	Soglie definite nel vademecum	90%	0,3	0,3
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	DGR n. 248/2019	Entro il 31/12/2019	100%	0,5	0,5
Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	DGR n. 248/2019	Secondo programmazione	Non attivate azioni da parte di Azienda Zero	0,5	0,5
Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi che non costituiscono pre-requisito	DGR n. 248/2019	100%	100%	Mantenimento	Mantenimento
Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1	Completamento fasi 19,28,35,48,51,55,59 del cronoprogramma illustrato al primo incontro del comitato	DGR n. 248/2019	Entro il 31/12/2019	70% (dato 3° monitoraggio - valutazione parziale)	2	2

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
		permanente Enti Sottoscrittori dell'accordo del 31/07/2018					
Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.2	Demolizione del fabbricato Pneumologia e approvazione progetto definitivo per la nuova Pediatria	DGR n. 248/2019	Entro il 31/12/2019	100%	1	1
Rispetto delle tempistiche nell'acquisto e collaudo degli investimenti non edilizi approvati e finanziati	S.C.2.1	% acquisizioni effettuate nei tempi e nel rispetto delle indicazioni CRITE	DGR n. 248/2019	>=90%	63% (dato 3°monitoraggio - valutazione parziale)	2	1,3
Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	DGR n. 248/2019	>=90%	100%	1	1
Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	DGR n. 248/2019	>=80% dei sinistri aperti e 80% delle segnalazioni prese in carico	97% + 96%	0,5	0,5
Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.2	N° schede di segnalazione pervenute al RM	DGR n. 248/2019	>30 segnalazioni/mese	215/mese	0,5	0,5
Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	DGR n. 248/2019	Sì	Sì	0,5	0,5

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 79 di 82

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019	S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	DGR n. 248/2019	Si	Si	mantenimento	mantenimento
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.2.1	% richieste puntualmente soddisfatte	DGR n. 248/2019	100%	100%	mantenimento	mantenimento
Attività ricoveri	I.1	N° pazienti dimessi	Aziendale	>58.620 (volume 2018)	60.310		
Attività specialistica	I.2	N° prestazioni per esterni	Aziendale	>6.871.488 (volume 2018)	6.298.605		
Atti operatori	I.3	N° atti operatori	Aziendale	>45.217 (volume 2018)	48.963		
Firma digitale	F.2.1	% lettere di dimissione firmate digitalmente	Aziendale	>=98%	97%		
Azioni volte alla prevenzione della corruzione e trasparenza	N.1.2	Vari indicatori	Aziendale	Soglia varie	Azioni svolte nei tempi richiesti		

Descrizione Obiettivo	Cod ind	Indicatore	Fonte	Soglia 2019	Valore pre-consuntivo	Punti assegnati	Stima performance aziend.
Osservanza degli indirizzi regionali sulle attività di tirocinio connesse alla formazione del personale del comparto sanitario	O.1	% studenti accolti / studenti programmati dai singoli corsi per le attività di tutorato	Aziendale	100%	100%		
Sigma Planner: completezza della programmazione dei turni	O.2	% dei turni programmati tramite Sigma Planner	Aziendale	85%	Tutte le UO hanno raggiunto la soglia		
Standardizzazione della compilazione del diario clinico (infermieristico) integrato	O.3.1	Media % compilazione indice di Barthel in entrata e in uscita	Aziendale	80%	Tutte le UO hanno valori compresi tra 82% e 100%		
	O.3.2	% compilazione obbligatoria del diario clinico (infermieristico) ad ogni cambio turno	Aziendale	80%	Tutte le UO hanno valori compresi tra 80% e 100%		
Performance complessiva obiettivi regionali						80	76,4

deliberazione n. 936 del 10/7/2020 pagina 81 di 82

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 10/7/2020

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

Copia composta di n°82 fogli (incluso il presente) della delibera n. 936 del 10/7/2020 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

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