

Azienda Ospedaliera Padova



PIANO PERFORMANCE ANNI 2019-2021

Presentazione del Piano

Con l'anno 2017 si è avviata nella Regione Veneto la riforma del Servizio Sanitario Regionale, definita con la Legge Regionale 19/2016. Oltre all'istituzione dell'Azienda Zero, la riforma del SSR ha previsto l'accorpamento delle Aziende ULSS con conseguente riassetto delle funzioni e dell'organizzazione, recepito negli atti aziendali che le Aziende hanno predisposto in ottemperanza alle linee guida regionali (DGR n. 1306 del 16/08/2017).

Il 2018 pertanto ha visto l'attuazione dei nuovi atti aziendali.

Per quanto riguarda invece l'Azienda Ospedaliera di Padova la proposta del nuovo atto aziendale, redatta dalla Commissione Congiunta Azienda Ospedaliera - Università secondo le indicazioni contenute nella DGR 1306/2017 e nel Protocollo di Intesa del 13.12.2017 tra Regione Veneto e Università degli Studi di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale, è stata approvata con la Deliberazione del Direttore Generale n. 395 del 29.03.2018 di concerto con il Rettore dell'Università degli Studi di Padova.

A seguito della richiesta di revisione della proposta da parte della Direzione Generale Area Sanità e Sociale, è stata approvata una nuova proposta di Atto Aziendale con la Deliberazione n. 800 del 20.06.2018 trasmessa alla predetta Direzione regionale per le valutazioni di competenza e la relativa approvazione.

Con il Decreto n. 131 del 7 novembre 2018, il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha disposto l'approvazione della succitata proposta subordinatamente alla modifica delle denominazioni di tre unità operative.

Una volta adottato in via definitiva, con successivi provvedimenti si darà attuazione al nuovo assetto organizzativo previsto nell'Atto Aziendale.

Sul fronte degli altri obiettivi strategici l'Azienda, nell'attesa che vengano determinati gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi da parte della Regione per il 2019, opererà in continuità con le strategie delineate nel Piano delle Performance 2018-2020.

Sommario

Presentazione del Piano	2
1. Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance	4
2. L’Azienda Ospedaliera di Padova	6
2.1. L’Azienda in cifre	9
2.2. Sintesi dell’andamento dei risultati economici	10
3. Il quadro di riferimento.....	11
3.1. Le fonti.....	11
3.1.1. Piano Socio Sanitario Regionale	11
3.1.2. Legge Regionale n. 19/2016 e altri atti inerenti la riforma.....	14
3.1.3. Obiettivi Regionali e limiti di costo per i beni sanitari	16
3.1.4. Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l’anno 2019.....	17
3.1.5. Piano investimenti.....	18
3.1.6. Altre fonti normative	20
3.1.7. Le fonti interne	22
3.2. Analisi del contesto esterno.....	22
3.2.1. Relazione Socio Sanitaria Regionale.....	22
3.2.2. Rapporto SDO 2016	26
3.2.3. Programma Nazionale Esiti Edizione 2017.....	28
3.2.4. Bersaglio.....	32
4. Linee strategiche.....	35
5. Dagli obiettivi strategici alla valutazione individuale	44
5.1. Processo di budget	44
5.2. Processo di valutazione della performance individuale	45
5.2.1. Personale del Comparto	45
5.2.2. Personale della Dirigenza	46

1. Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance

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

Uno degli strumenti previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 a tale fine è il **Piano della performance**, un documento programmatico triennale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua sia gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione, sia gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

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

Come sottolinea la **DGR n. 2205/2012**, gran parte delle norme contenute nel citato decreto non trova diretta applicazione nei confronti delle amministrazioni del Servizio Sanitario. Fatti salvi i principi, il dettato del decreto va quindi temperato con le disposizioni in materia di pianificazione e programmazione vigenti per il Servizio Sanitario Regionale, segnatamente la L.R. n. 55/1994. È specificato infatti dalla stessa DGR n. 2205/2012 che le fasi del ciclo di gestione della valutazione dei risultati vanno inserite all'interno della metodologia della negoziazione per budget, così come ribadito dalle linee guida contenute nella DGR n. 140/2016.

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

- **Piano delle Performance** (Piano triennale di valutazione degli obiettivi, secondo la definizione della DGRV n. 140/2016), documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno a scorrimento entro il 31 gennaio. Contiene l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie per il triennio, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.

- **Documento di Direttive**, formulato annualmente allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget, ai sensi della L.R. n. 55/1994. Indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.
- **Budget dei centri di responsabilità**, che individuano, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate, ai sensi della L.R. n. 55/1994.
- **Documenti di Valorizzazione Individuale (DIV)**, che raccolgono in un unico documento gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività, sia alle progressioni orizzontali.

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



2. L'Azienda Ospedaliera di Padova

L'Azienda Ospedaliera di Padova, quale complesso ospedaliero sito in via Giustiniani 1, è stata istituita in applicazione della Legge Regionale (L.R.) n. 56 del 14.09.1994, è stata riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999 ed è stata individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, approvato dalla L.R. n. 23 del 29.06.2012 e s.m.i., quale centro hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni individuate dalla programmazione regionale.

Anche il nuovo PSSR 2019-23, approvato con la L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018, conferma il ruolo di hub di eccellenza regionale per l'Azienda Ospedaliera.

Presso l'Azienda è presente una molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali, previsti dalla DGR n. 2122/2013 e s.m.i. Infatti, nelle schede ospedaliere sono riconosciute tutte le specialità chirurgiche e una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992 (es. grandi ustioni, cardiologia medico-chirurgia compresa quella pediatrica, etc.).

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

- Andrologia e Medicina della Riproduzione;
- Cardiocirurgia;
- Cardiocirurgia Pediatrica;
- Medicina Legale e Tossicologia (per lo sviluppo del modello assicurativo regionale);
- Microbiologia e Virologia (per la Virologia);
- Neurochirurgia;
- Patologia Cardiovascolare e Anatomia Patologica (per la patologia cardiovascolare);
- Pediatria (per il bambino maltrattato).

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

Presso l'Azienda Ospedaliera è presente:

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

- il Centro di riferimento Regionale per la cura della Sensibilità Chimica
- il Centro di Riferimento Regionale Unità di Aferesi Terapeutica.

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

In ambito internazionale, inoltre, l'AOP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico. A livello europeo, infatti, è stato riconosciuto il più alto numero di Centri di *expertise* in tale ambito (18 centri su 24).

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

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

Inoltre, sono accreditate secondo la norma ISO 15189:2013 le UOC Medicina di Laboratorio e Microbiologia e sono attivi alcuni accreditamenti di eccellenza specifici di Unità Operativa.

Da marzo 2018 è stata presentata la domanda per la sperimentazione di fase 1 per la UOC Medicina di Laboratorio. La sperimentazione di fase 1 sarà estesa anche a unità cliniche nel 2019

Il 2018 ha visto la stesura del nuovo atto aziendale, approvato dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale con il Decreto n. 131 del 7 novembre 2018, nel quale sono state recepite sia i contenuti della DGR n. 1306 del 16 agosto 2017 relativa alle linee guida per la predisposizione degli atti aziendali delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto sia i contenuti del nuovo Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali.

Secondo il nuovo atto, la nuova missione aziendale prevede che *“l'AOUP, quale Centro Hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale nonché azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e UNIPD, realizza l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento*

degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD e della Scuola di Medicina e Chirurgia. Il ruolo di centro hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale. L'AOUP garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca. L'inserimento nelle reti europee e la partecipazione alle collaborazioni internazionali conferiscono all'AOUP una dimensione e un riconoscimento di tipo sovranazionale".

Nell'ambito della visione aziendale, l'AOUP *"si candida ad essere Centro di Riferimento nazionale e internazionale per l'assistenza, la didattica e la ricerca. La visione strategica dell'AOUP è quella di una azienda orientata a:*

- *permettere all'UNIPD di assicurare la formazione dei medici, dei medici specialisti e delle figure professionali delle Professioni Sanitarie in misura congrua rispetto alle esigenze regionali e di alto livello qualitativo, e deve garantire innovazione e ricerca avanzata coinvolgendo nel modo più appropriato il personale sanitario;*
- *finalizzare la propria attività al miglioramento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie, in relazione alle esigenze formative e scientifiche espresse dall'UNIPD;*
- *ricoprire il ruolo istituzionale, assegnato dal PSSR, di "Azienda di riferimento regionale", declinato nell'ambito dell'alta specialità, della didattica, della ricerca e dell'innovazione gestionale e tecnologica. Ciò è garantito dal sistema integrato di competenze avanzate consentito dalla sinergia con l'Università e presuppone, a livello di programmazione annuale regionale, la definizione delle attività e di nuovi modelli di finanziamento coerenti alla funzione assegnata;*
- *realizzare il più alto livello di integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca valorizzando il prodotto globale, comprensivo del prodotto assistenziale, del prodotto formativo e del prodotto scientifico;*
- *consolidare e sviluppare il ruolo dell'AOUP come nodo della rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze;*
- *rappresentare un polo di attrazione per i pazienti e per tutte le figure professionali, anche a livello nazionale e sovranazionale;*
- *promuovere la crescita e lo sviluppo di altre realtà sanitarie, anche in aree disagiate del mondo, favorendo gli scambi dei professionisti e del personale in formazione a livello internazionale;*
- *realizzare interventi finalizzati alla progettazione, realizzazione e gestione di strutture sanitarie anche in sedi extra nazionali".*

2.1.L'Azienda in cifre

Si fanno seguire alcuni dati relativi all'organizzazione e all'attività dell'ultimo triennio (specificando che per il 2018 si tratta di proiezioni basate sui dati di pre-consuntivo).

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 Pre-consuntivo
Numero Ricoveri ordinari	45.599	45.673	48.854	48.052
Numero Ricoveri diurni	13.976	12.895	10.998	10.506
Totale ricoveri	59.575	58.568	59.852	58.558
Valore DRG attività di ricovero in Euro	247.350.182	255.538.404	266.347.952	263.905.884
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,38	1,40	1,39	1,40
Degenza media ricoveri ordinari	7,95	8,07	7,61	7,68
Extra Regione (RO+DH)-Mobilità	11,4%	10,7%	10,6%	10,3%
% Ricoveri Urgenti	60,45%	61,96%	58,35%	59,56%
Numero ricoveri per trapianto	284	314	369	344
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	7.010.405	6.750.153	6.971.509	6.838.327
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	98.293.434	98.234.620	101.811.441	101.182.894
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto	93.250.243	92.761.406	95.775.684	95.661.880
N. atti operatori (escluso Sala Parto ed Emodinamica)	41.680	43.315	44.995	45.092
Accessi Pronto Soccorso	107.050	109.369	112.124	115.704
<i>di cui Pediatrici</i>	22.952	23.689	24.475	25.305

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018 Dati pre-consuntivo*
Costi personale	€ 208.068.764	€ 209.294.882	210.304.040	214.700.776
Costi Beni Sanitari	€ 200.837.359	€ 197.222.460*	207.513.658	216.532.229
<i>di cui distribuzione diretta farmaci</i>	€ 72.497.002	€ 71.864.512	78.923.066	81.790.667

* 4CEPA 2018

2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici

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

	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Preconsuntivo 2018 (dati 3°CEPA)
RISULTATO DI ESERCIZIO	-10.491.081	34.625	-20.813.983
Totale valore della produzione (A)	581.422.599	605.274.770	600.228.815
A.1) Contributi in c/esercizio	169.058.520	120.009.591	108.050.291
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-59.434.619	-12.599.515	-3.615.000
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.757.727	2.809.914	4.028.677
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	419.486.607	441.893.347	436.020.457
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	17.277.122	17.356.717	19.472.483
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	8.373.227	10.846.879	10.886.000
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	15.771.503	17.109.788	17.265.678
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	31.490	41.464	41.464
A.9) Altri ricavi e proventi	8.101.023	7.806.585	8.078.764
Totale costi della produzione (B)	574.960.310	587.576.136	604.822.639
B.1) Acquisti di beni	200.264.531	210.030.031	220.661.465
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	197.222.460	207.513.658	218.171.465
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	3.042.071	2.516.373	2.490.000
B.2) Acquisti di servizi	105.552.024	104.672.273	103.579.386
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	50.990.708	52.084.631	50.932.328
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	54.561.315	52.587.642	52.647.057
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	19.537.736	18.900.186	19.473.955
B.4) Godimento di beni di terzi	4.193.422	4.601.068	4.637.886
Totale Costo del personale	209.294.882	210.304.040	214.563.000
B.9) Oneri diversi di gestione	3.462.561	4.259.331	9.062.837
Totale Ammortamenti	19.008.313	19.417.956	19.892.319
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.399.771	1.173.641	645.289
B.15) Variazione delle rimanenze	-534.386	-1.226.969	0
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	12.781.456	15.444.578	12.306.501
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-238.525	-526.639	-200.000
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-42.128	-469.532	863.965
Totale imposte e tasse	16.672.718	16.667.838	16.884.124

La tabella di sintesi dei risultati degli anni 2016-2018 (pre-consuntivo) dimostra il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nel 2017. Per quanto riguarda il 2018 il dato è ancora provvisorio in quanto, sia per i ricavi che per i costi sono presenti dati stimati tuttora in corso di definizione.

3. Il quadro di riferimento

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

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

Le principali risultanze sono descritte nei paragrafi che seguono.

3.1. Le fonti

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

- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48 del 28.12.2018;
- **Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016 e altri atti inerenti la riforma** che istituisce l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" e individua gli ambiti territoriali delle nuove Aziende ULSS;
- **Obiettivi di funzionamento** dei servizi per l'anno 2019 assegnati alle Aziende sanitarie del Veneto, non ancora rese note;
- **Vincoli sulle risorse** (tetti di costo), le cui soglie per l'anno 2019 non sono ancora state definite;
- **Documenti di pianificazione interni** all'Azienda (Bilancio Economico Preventivo, Piano Investimenti).

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

3.1.1. Piano Socio Sanitario Regionale

Il nuovo Piano, approvato con L.R. n. 48 del 28/12/2018, è formulato in continuità con quanto già oggetto della vigente programmazione sanitaria definita con il Piano socio sanitario regionale approvato con legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e va letta come aggiornamento e integrazione dello stesso, a seguito delle significative riforme intercorse medio tempore.

Negli ultimi anni, infatti, numerosi sono stati gli interventi adottati in sede nazionale dettati soprattutto dalle cogenti necessità di contenimento della spesa pubblica e di standardizzazione della natura e della qualità delle prestazioni assistenziali erogate dalle regioni, con l'obiettivo primario di

garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Così pure è stata pervasiva, a livello di governo regionale, l'adozione della disciplina di riordino del Servizio sanitario regionale, introdotta con legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, che ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della regione del Veneto - Azienda Zero" e ha dettato disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS. Il riordino territoriale delle Aziende ULSS, il cui numero è diminuito passando dalle precedenti ventuno alle attuali nove, consente una visione più ampia a livello di governo locale e una maggiore flessibilità nell'utilizzo e nell'allocazione delle risorse presenti sul territorio, anche grazie alle economie di scala che potranno essere agite sui servizi di supporto.

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

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

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

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

- impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda di servizi sanitari;
- promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio;
- salute della donna e del bambino;
- percorso del paziente in ospedale;
- presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza;
- malattie rare;

- salute mentale;
- integrazione socio sanitaria.

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

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

Rapporti con l'Università

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

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

Vista l'approvazione del Protocollo d'intesa, l'Università degli Studi di Padova e l'Azienda Ospedaliera di Padova hanno istituito, nel mese di novembre 2017, una Commissione congiunta con l'obiettivo di recepire i contenuti del protocollo di intesa nel nuovo atto aziendale, pervenendo alla proposta approvata con Deliberazione n. 800 del 20/06/2018, poi approvata dalla Regione, subordinatamente alla modifica delle denominazioni di tre Unità Operative.

Dotazione Schede Ospedaliere (DGR 2122/2013 e ss.mm.)

In attesa della nuova dotazione delle schede ospedaliere in base al nuovo Piano Socio Sanitario, la DGRV 2122/2013 definisce gli aspetti più rilevanti dell'attuazione di quanto previsto dal PSSR per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Vengono differenziati i ruoli delle strutture ospedaliere nella rete assistenziale regionale attraverso la definizione puntuale delle funzioni di ogni struttura ospedaliera e della **dotazione di posti letto per specialità**. Il numero di posti letto previsti dalla programmazione per il 31 dicembre 2016, come aggiornati dalla DGR n. 1.625/2016, è di 14.864 per acuti e 2.841 per post acuti, rispettando il parametro di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti. Vengono inoltre previsti ulteriori 807 posti letto per i pazienti provenienti da fuori regione.

L'Azienda Ospedaliera di Padova ha provveduto ad attuare, nel biennio 2014-2015, le schede di dotazione ospedaliera, che prevedevano una dotazione complessiva di 1.348 PL, più ulteriori 100 PL per pazienti extra-Regione. Nel 2017 è stata disattivata l'UOC Ortopedia e Traumatologia, anche se il ridimensionamento della funzione ortopedica non potrà che essere successivo al funzionamento a regime del Trauma Center presso Camposampiero. Rimangono ad oggi da ultimare alcune situazioni in cui la disponibilità di spazi non permetteva di aumentare il numero di posti letto (es. Terapia Intensiva Neonatale).

3.1.2. Legge Regionale n. 19/2016 e altri atti inerenti la riforma

La L.R. n. 19 del 25/10/2016, riforma il Servizio Sanitario della Regione Veneto sotto molti aspetti, nel seguito sintetizzati:

- istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto - Azienda Zero" (art. 1) con funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di supporto al coordinamento e alla governance del SSR, riconducendo ad esso le attività di gestione tecnico-amministrativa su scala regionale. L'Azienda Zero ha in particolare le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata previste dal D.Lgs. 118/2011, con la gestione dei suoi flussi di cassa, la tenuta delle scritture contabili e la redazione del bilancio preventivo. Ha inoltre il compito di centralizzare gli acquisti, le procedure di selezione del personale, la gestione delle assicurazioni, gli uffici relazioni con il pubblico, la razionalizzazione del sistema logistico e la gestione del contenzioso del lavoro e di quello sanitario.
- Le linee guida per l'atto aziendale sono state definite con DGR n. 733 del 29/05/2017; l'organizzazione e le funzioni dell'Azienda Zero sono state definite con atto aziendale n.107 del 26/06/2017.
- Con l'art. 14 viene ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS. Lo scopo è quello di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi, erogando le prestazioni in modo appropriato ed

uniforme, sviluppando un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi nonché la partecipazione dei cittadini.

- Il numero delle ULSS nel Veneto, a decorrere dall'1.1.2017, è ridotto da 21 a 9. Nella provincia di Belluno rimane un'unica ULSS (denominata n. 1 Dolomiti) come a Padova (n. 6 Euganea), a Rovigo (n.5 Polesana), Treviso (n. 2 Marca Trevigiana) e Verona (n. 9 Scaligera). In provincia di Venezia le ULSS saranno 2 (n. 3 Serenissima e n. 4 Veneto Orientale) come a Vicenza (n. 7 Pedemontana e n. 8 Berica). Rimangono in vita l'Azienda Ospedaliera di Padova, quella di Verona e l'Istituto Oncologico Veneto. Il territorio delle ex Ulss diventa territorio distrettuale.
- La riorganizzazione (art. 14) prevede entro il 31 dicembre 2017 un ulteriore potenziamento della funzione territoriale, quantificata nell'incremento del 15% dell'attuale numero di posti letto degli ospedali di comunità e dall'aumento dei medici di medicina generale integrati nelle medicine di gruppo (60% e 80% entro rispettivamente il 2017 e il 2018). Inoltre è prevista la rideterminazione dell'offerta dell'assistenza ospedaliera secondo una logica di rete coordinata, integrando reti cliniche e territorio (art. 15) ed individuando il fabbisogno di personale medico ospedaliero (art. 23).
- Viene inoltre attivato l'Osservatorio Regionale (art. 16) con funzioni di monitoraggio rispetto alla nuova organizzazione sanitaria.

Gli atti di natura organizzativa attuativi delle disposizioni della L.R. n. 19/2016 saranno oggetto di successivi atti deliberativi da parte della Giunta Regionale. Nelle more dei provvedimenti attuativi, con la DGR 2174/2016 si approvano diverse misure concernenti vari ambiti della sanità regionale, ed in particolare:

- disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del SSR e finanziamento dei contratti di formazione specialistica;
- lavori di edilizia sanitaria;
- assistenza territoriale e cure primarie;
- rete dei Comitati Etici;
- Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza SO5 - assistenza psichiatrica;
- elenco degli erogatori privati accreditati;
- Piani di Zona, Registro Unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, Impegnative di Cura domiciliare;
- verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla L.R. 16.08.2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento per le Unità di Offerta Socio Sanitarie;
- gestione sinistri e rischio clinico;
- attività inerenti l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e la sperimentazione;
- strutture di Cure intermedie;
- nuovi codici ospedali;
- organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione del Veneto;
- liste di attesa.

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1306 del 16.08.2017, “Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (art. 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)”, emanata a seguito dell’istituzione dell’Azienda Zero e dell’accorpamento delle Aziende ULSS, prevede alcune novità per quanto riguarda gli atti aziendali delle Aziende Sanitarie.

In particolare, definisce la composizione e il funzionamento del Collegio di Direzione, elenca, a titolo esemplificativo, le competenze del Direttore Sanitario, fornisce indicazioni in merito alle dotazioni organiche e ai fabbisogni di personale, nonché agli incarichi dirigenziali ed ai fondi contrattuali.

Per ciascuna Azienda indica le Unità Operative Complesse dell’area Professionale, Tecnico e Amministrativa e le Unità Operative semplici obbligatorie, definendo per ciascuna struttura le principali attività e la collazione all’interno della Direzione Generale.

Inoltre, fornisce indicazioni sia per la Direzione Medica Ospedaliera che per la Direzione delle Professioni Sanitarie, esplicitando per quest’ultima l’articolazione organizzativa. Da ultimo, indica le modalità di l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale delle Aziende ULSS.

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

Alla data dell’approvazione del presente piano, stante la riorganizzazione in atto, non sono ancora stati determinati gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle aziende sanitarie per l’anno 2019.

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

Area regionale	
A	Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell’efficienza dei servizi sanitari
B	Rispetto dei tempi massimi d’attesa
C	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
D	Sviluppo di attività innovative e di alta specialità
E	Mobilità extraregionale
F	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi NSIS
G	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza”
H	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza

Per quanto riguarda i limiti di costo del personale e dei beni sanitari, in attesa dell'emanazione dei decreti di definizione, si riportano di seguito i valori inseriti nel Bilancio Economico Preventivo 2019 (vedasi parag. 3.1.4):

	Tetto 2018*	Valore BEP 2019 (in attesa di decreto definiz tetti)	Diff. % sul tetto 2018
Personale	214.563.000	214.951.458,80	+0,2%
Farmaci (no Epatite)	108.906.507	117.131.917	+7,5%
Farmaci innovativi - Epatite C - Spinraza	16.636.059	19.009.212	+14%
Farmaci innovativi - oncologici	3.474.829	4.302.762	+24%
Dispositivi	59.341.337	60.547.337	+2%
IVD	22.547.850	22.920.040	+1,6%

*definiti con DDR 1 del 02/02/2018, DDR 8 del 22/01/2018, DDR 38 del 08/03/2018, DDR 117 dell'08/10/2018

3.1.4. Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2019

L'Azienda ha approvato la proposta di Bilancio Economico Preventivo 2019 con DDG n. 1587 del 31/12/2018.

La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive regionali di cui alla nota dell'Azienda Zero prot. 15690 del 04/12/2018 (prot. interno 71741 del 6/12/2017), e successive integrazioni con mail del 06-20-27/12/2018, con cui vengono forniti gli indirizzi e i riferimenti contabili cui attenersi per la predisposizione del Bilancio Economico Preventivo 2019, nel rispetto delle disposizioni dell'art. 32, comma 5, del D.Lgs. 23/06/2011 n. 118.

Il Bilancio Preventivo Economico 2019 è stato redatto in considerazione di tutti gli atti di programmazione e di indirizzo attualmente adottati dalla Regione e precisamente, per quanto attiene a questa Azienda Ospedaliera:

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

-DGR 230/2018 "Determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018";

-DGR 1781/2018: assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2018;

-Piano triennale di fabbisogni del personale (PTFP) 2019-2021 (DGR n. 1672 del 12/11/2018 e nota Regione Veneto prot. 510986 del 14/12/2018).

Il Conto economico preventivo 2019 prevede una perdita di esercizio pari ad €. 28.199.922 come risultato di :

A. Valore della produzione	610.933.010
B. Costi della produzione	622.056.948
Differenza A-B	-11.123.938
C. Proventi e oneri finanziari	- 200.000
D. Rettifiche di valore di attività finanziarie	0
E. Proventi e oneri straordinari	0
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	-11.323.938
Y. Imposte sul reddito dell'esercizio	16.875.984
Utile (Perdita) dell'esercizio	- 28.199.922

3.1.5. Piano investimenti

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

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

L'esercizio 2019 rispetto al 2018 sarà caratterizzato in particolare dall'avvio delle Sale Ibride, dal ripristino della gestione interna del Servizio di Sterilizzazione e dalle ulteriori evoluzioni del sistema informativo ospedaliero in attuazione dei progetti già avviati e in integrazione con il fascicolo sanitario elettronico regionale.

Relativamente al fabbisogno complessivo per l'esercizio 2019 lo stesso è così rappresentato:

conti di bilancio	Impegno previsto 2019
AAA070 (A.I.3) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	42.456,00
AAA110 (A.I.3.c) Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno - altri	1.077.004,03
AAA125 (A.I.4.d.1) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	8.441,18
AAA140 (A.I.5.a) Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	284.000,00
AAA161 (A.I.5.c.1) Migliorie su beni di terzi con vincolo di destinazione sanitaria senza termini di scadenza	15.591.260,70
AAA360 (A.II.2.b.1) Fabbricati strumentali (indisponibili)	12.178.544,56
AAA390 (A.II.3.a) Impianti e macchinari	5.902.443,66
AAA420 (A.II.4.a) Attrezzature sanitarie e scientifiche	22.421.642,63
AAA450 (A.II.5.a) Mobili e arredi	719,80
AAA480 (A.II.6.a) Automezzi	329.400,00
AAA510 (A.II.8) Altre immobilizzazioni materiali (altri beni-macchine d'ufficio)	2.306.403,89
Totale complessivo	60.142.316,45

3.1.6. Altre fonti normative

Altre indicazioni normative considerate nel Piano sono dettate da:

- **DGRV n. 2176/2017** “Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all’anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Richiesta di parere alla Commissione consiliare. Articolo 29, comma 6, della L.R.30 dicembre 2016, n.30 e art.7, comma 1,della L.R. 25 ottobre 2016, n.19.”, confermate anche per il 2019 con nota prot. 17090 del 15/01/2019”
- **Deliberazione del Consiglio Regionale n. 151 del 14.11.2017** “Protocollo di Intesa tra la Regione Veneto e l’Università degli Studi di Padova disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale”;
- **DGRV n. 381/2016** "Nuovo Polo della salute di Padova - DGR n. 1391/2014, DGR n. 1700/2014 e DGR n. 2292/2014. Dichiarazione di assenza di pubblico interesse della proposta di finanza di progetto presentata il 30.3.2012 - sentenza Tar Veneto n. 588 del 25.5.2015 di accoglimento del ricorso di Finanza e progetti spa - DGR n. 1.012 del 04/08/2015 di individuazione degli adempimenti conseguenti ai fini della prosecuzione del procedimento. Determinazioni finali”;
- **DGRV n. 1012/2015** “Nuovo Polo della salute di Padova - DGR n. 1391/2014, DGR n. 1700/2014 e DGR n. 2292/2014. Dichiarazione di assenza di pubblico interesse della proposta di finanza di progetto presentata il 30.3.2012 - sentenza Tar Veneto n. 588 del 25.5.2015 di accoglimento del ricorso di Finanza e progetti spa - valutazioni e iniziative conseguenti ai fini delle prosecuzione del procedimento di realizzazione dell’opera”;
- **DGRV n. 1513/2014** “Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell’attività di Pronto Soccorso; criteri per l’attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell’accesso”;
- **DGRV n.1306/2017** “Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. GRV n.30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016. N.19);
- **DGRV n. 325/2018** “Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l’utilizzo nell’anno 2018 dell’istituto dell’acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l’08.06.2000”, richiamata per la programmazione dell’attività del primo semestre 2019 dalla nota prot.17090 del 15/01/2019;

- **DGRV n. 988/2017** “Misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa in attuazione della L.R. 30 dicembre 2016 n. 30. Utilizzo delle risorse di cui all’articolo 1, comma 3, lett. c) della L. 3 agosto 2007, n. 120 e s.m. e i. Integrazione della DGR n. 85 del 31 gennaio 2017”;
- **Nota prot. 543573/2017** “Proroga utilizzo dell’istituto dell’acquisto di prestazioni ex art. 55, comma 2 dei CC.CC.NN.LL. delle aree dirigenziali dell’8.06.2000;
- **D.Lgs 118/2011** “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42”.
- **DGRV n. 2533/2013** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l’IRCCS “Istituto Oncologico Veneto Anno 2014”.

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

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

vera e propria riforma delle pubbliche amministrazioni ai fini della prevenzione e della lotta alla corruzione;

- **DGRV n. 693/2013** “Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliera e dell’IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)”.

3.1.7. Le fonti interne

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

- Piano per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e l’Integrità;
- Programmazione procedure di gara anni 2019-2020 (DDG n. 1529 del 10/12/2018);
- Piano Formativo (DDG 1.519 del 10/12/2018);
- Piano triennale fabbisogno personale (DDG n. 1586 del 31/12/2018)

3.2. Analisi del contesto esterno

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

- Relazione Socio Sanitaria Regionale 2017 (dati 2015-2016);
- Rapporto SDO 2016, in attesa della pubblicazione dell’aggiornamento 2017;
- Programma Nazionale Esiti Edizione 2017 (dati 2016);
- Indicatori Bersaglio;

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

3.2.1. Relazione Socio Sanitaria Regionale

La Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto, redatta a cura del SER (Sistema Epidemiologico Regionale) attraverso i contributi delle strutture afferenti all’Area regionale Sanità e Sociale, ha lo scopo di monitorare annualmente l’attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale nonché la condizione sanitaria della popolazione e lo stato dell’organizzazione e dell’attività dei presidi e dei servizi della Regione.

La **popolazione** del Veneto è di oltre 4,9 milioni di residenti; in leggera diminuzione rispetto all’anno precedente (-0,2%), poiché il saldo migratorio positivo non riesce ad assorbire il saldo naturale negativo. Per il progressivo invecchiamento, i residenti con più di 64 anni sono il 22% del totale con un rapporto rispetto alla popolazione 0-14 anni di 1,6 a 1.

I cittadini stranieri residenti in Veneto sono poco meno del 10%, leggermente in calo rispetto all’anno precedente.

Nel 2016 le strutture ospedaliere del Veneto hanno effettuato 660.165 dimissioni, oltre a circa 30.000 dimissioni di neonati non affetti da patologie. Sebbene nell'arco dell'ultimo decennio il numero assoluto di ricoveri in Veneto sia calato del 25%, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero, rispetto al 2015 la diminuzione è molto contenuta (circa un migliaio di ricoveri) ed ha riguardato i ricoveri in lungodegenza e i ricoveri diurni. Viceversa, l'attività per acuti in regime ordinario è aumentata di 14.663 ricoveri, imputabili interamente alla week surgery, ossia ai ricoveri in regime ordinario pianificati nell'arco dei 5 giorni feriali per l'effettuazione di interventi chirurgici di bassa media complessità (DGR 2688/2014). La progressiva diminuzione del numero dei ricoveri diurni è inoltre conseguenza dell'estensione delle tipologie di interventi chirurgici erogabili in regime ambulatoriale (DGR 859/2011 e successive) oltre che dello spostamento verso l'assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia.

La durata media della degenza dei ricoveri ordinari per acuti è scesa nel 2016 sotto gli 8 giorni: sebbene la diminuzione rispetto agli anni precedenti sia di lieve entità, l'impatto sull'elevato numero di ricoveri si traduce in una diminuzione del numero totale di giornate di degenza erogate.

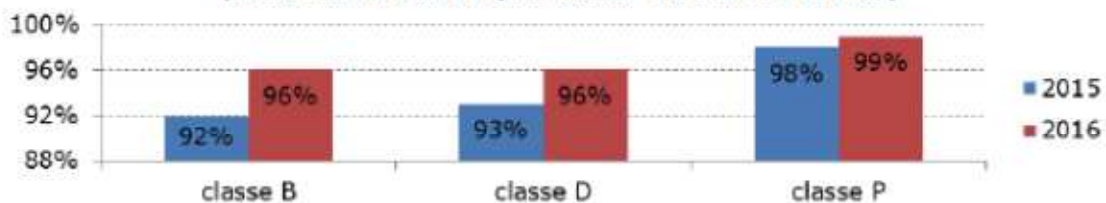
Nell'anno 2016 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 60.493.636 prestazioni di cui 59.011.171 erogate a favore di cittadini residenti in Veneto; rispetto all'anno 2015 si è riscontrata una diminuzione dell'8%. L'attività clinica (Branche a visite e Medicina Fisica e Riabilitazione) rappresenta il 24% delle prestazioni erogate, l'attività di Diagnostica per immagini il 6% ed il Laboratorio il 70%. Il rapporto pubblico/privato accreditato per l'anno 2016 conferma, in generale, il ruolo dominante del settore pubblico che eroga l'83% delle prestazioni totali mentre i privati accreditati erogano il 17% delle prestazioni, confermando sostanzialmente la proporzione dell'anno precedente, 82% pubblico e 18% privato accreditato.

Le aperture serali, prefestive e festive hanno preso avvio alla fine del 2013, coinvolgendo l'area della Diagnostica per Immagini di tutte le Aziende ULSS ed Ospedaliere. Questa innovazione organizzativa è stata attuata per raggiungere l'obiettivo, previsto dal PSSR 2012-2016 di miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, e ha contribuito anche a ridurre le liste d'attesa. Per ognuna delle seguenti diagnostiche (TAC, RMN, Ecografia, Mammografia, Medicina Nucleare e Radioterapia), ove presenti, ciascuna Azienda doveva assicurare almeno una apparecchiatura funzionante nelle fasce orarie previste. Nel 2016 sono state erogate 116.356 prestazioni in tali fasce orarie.

Nel 2016 affinché nelle Aziende fosse garantito in modo uniforme il rispetto del tempo di attesa previsto dagli standard per le prime visite/prestazioni in classe B, D e P, superando le eventuali criticità residue, sono stati individuati con DGR 2072/2015, Obiettivi Direttori Generali 2016, al punto E.1.4. per ciascuna Azienda, i PIANI AZIENDALI DI RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA.

I risultati ottenuti, come rappresentati, evidenziano un miglioramento del rispetto dei tempi di attesa ottenuti nel 2016 rispetto al 2015

Figura 6.9 - Percentuale di rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità. Veneto, 2015-2016.
(Fonte: Datawarehouse Regione Veneto – estrazione del 01.04.17)



Sul piano epidemiologico, nel periodo 2000-2015 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. Soprattutto nella seconda metà del periodo di osservazione, si registra una consistente riduzione della mortalità per neoplasie del grosso intestino. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali si è più che dimezzata, mentre la mortalità per suicidi, dopo una lieve riduzione nella prima parte dello scorso decennio, è cresciuta nel 2010-2011 per rimanere poi stabile negli ultimi anni.

Nel 2015 si è osservato un incremento della mortalità rispetto all'anno precedente, con due picchi distinti di mortalità nei mesi di gennaio e di luglio. L'analisi delle cause di morte evidenzia come nel 2015 si sia amplificata la preesistente tendenza all'aumento della mortalità per patologie degenerative ed infettive tipiche dei grandi anziani con ridotto grado di autonomia e multiple comorbidità.

I dati provvisori 2016 confermano la distribuzione delle principali cause di morte nel Veneto, rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne.

Nel 2015 si è registrato in tutta Italia un consistente incremento del numero assoluto di decessi. Nel Veneto tale eccesso ha raggiunto quasi l'8%; considerando però che si sta osservando un'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, l'incremento del tasso standardizzato di mortalità è risultato complessivamente limitato al 4,5%. L'eccesso di mortalità in particolare si è concentrato in due periodi: nella prima parte dell'anno, e nel periodo estivo. L'eccesso nel mese di gennaio è almeno in parte associato all'epidemia influenzale, e riflette un picco di mortalità che si è osservato in tutta Europa.

Considerando le principali cause di morte, nel 2015 prosegue il trend storico di riduzione della mortalità per neoplasie. La mortalità per malattie del sistema circolatorio mostra invece un lieve aumento rispetto al 2014. Un incremento molto più consistente si è invece registrato per le patologie neurologiche/psichiatriche (rappresentate principalmente da demenza, Parkinson, Alzheimer ed altre patologie degenerative tipiche della popolazione anziana), amplificando una tendenza che si era già cominciata a manifestare negli anni precedenti. E' la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio ad avere registrato l'incremento più consistente nel 2015, con tassi che si portano a livelli vicini a quelli osservati nel 2012.

Fino alla fine degli anni '90, l'incidenza della patologia neoplastica è cresciuta in entrambi i sessi. Successivamente, l'incidenza diminuisce significativamente nel genere maschile e si mantiene costante nelle donne. I dati relativi al 2013 confermano questi andamenti.

Nel sesso maschile, nell'ultimo periodo di osservazione sono in decremento tutte le sedi più importanti. Dopo il picco registrato nel 2003, si riduce l'incidenza del tumore della prostata. Tale andamento (correlato a una riduzione del test PSA dopo la seconda metà degli anni '90) è più evidente nelle fasce d'età più avanzate.

Persiste la riduzione di incidenza del tumore del polmone.

L'andamento dell'incidenza dei carcinomi coloretali risente dell'introduzione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni. All'avvio delle campagne di screening (tra il 2002 e il 2009) è conseguito un iniziale aumento di incidenza, dovuto all'anticipo diagnostico di tumori. Dal 2007, si nota una riduzione dell'incidenza, legata sia all'esaurirsi dell'effetto di "anticipazione diagnostica", sia alla identificazione/asportazione di lesioni precancerose (adenomi avanzati). I tumori della vescica e del fegato mostrano una lieve (ma significativa) diminuzione di incidenza.

Per i 5 tumori più frequenti l'incidenza osservata nel 2013 è inferiore a quella del 2010; la riduzione è superiore al 20% per i tumori di polmone, colon retto e fegato.

Nelle donne risultano in aumento significativo l'incidenza del tumore del polmone e del colon retto (Figura 2.32). Dopo la crescita registrata negli anni '90, dal 2002, l'incidenza dei carcinomi mammari si è stabilizzata (esaurimento dell'incremento diagnostico associato alla attivazione dei programmi di screening avviati dal 1998).

L'effetto dei programmi di screening sull'andamento dell'incidenza del tumore del colon retto nella popolazione femminile è meno evidente di quello già descritto per i maschi.

L'incidenza dei tumori del pancreas e dell'utero è stabile. Per i 5 tumori più frequenti l'incidenza osservata nel 2013 è molto simile a quella del 2010.

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2016 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI) evidenzia delle oscillazioni, con un lieve aumento negli ultimi anni; di rilievo il sorpasso degli eventi NSTEMI a scapito degli STEMI nell'ultimo anno di osservazione. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti; nel 77% circa dei casi si tratta di ictus ischemico, nel 19% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione dei tassi standardizzati negli ultimi anni. Oltre il 62% degli eventi avviene in soggetti di età superiore ai 74 anni.

La malattia renale cronica (MRC) rappresenta un importante problema di salute pubblica che interessa circa il 10% della popolazione ed è frequentemente associata a patologie cardiovascolari e diabete. Circa 26 pazienti per milione (pmp) sono affetti da malattie renali primitive potenzialmente

curabili (censite dal Registro delle biopsie renali). Malattie vascolari, diabete e glomerulonefriti primitive sono le prime cause di MRC che portano a dialisi o trapianto.

Nel 2015, sono entrati in dialisi circa 110 pmp, la metà dei quali di oltre 70 anni. Nello stesso anno, risultano in trattamento sostitutivo 966 pmp, di cui 47% in emodialisi, 42% trapiantati e 11% in dialisi peritoneale. Il numero di trapianti, in evidente aumento fino al 2011, ha mostrato una flessione negli ultimi anni, rappresentando una quota appena accettabile in confronto alle altre nazioni europee: ciò indica che esiste, nella nostra popolazione, un margine di potenziale trapiantabilità stimato in circa 200 pmp.

La mortalità media annuale in terapia renale sostitutiva è di circa il 12% e la sopravvivenza è molto più bassa rispetto alla popolazione generale, raggiungendo il 50% a 5 anni e il 30% a 15 anni. Questo indica la gravità prognostica della MRC, che determina esiti peggiori di molte neoplasie. Nonostante ciò, la speranza di vita dei dializzati è nettamente superiore alla media europea e quella dei trapiantati è simile, indicando una buona qualità delle cure offerte.

L'andamento delle nascite in Veneto è stato caratterizzato dal precipitare del numero dei nati dagli anni '70 fino alla metà degli anni '80, cui ha fatto seguito una progressiva crescita a partire dal 1987, e, solo negli anni recenti, dal 2009, una nuova flessione. Più fattori concorrono a determinare il recente decremento, certamente i più importanti sono rappresentati dalla crisi economica e dalla diminuzione del numero delle potenziali madri, in quanto nate durante il periodo di minimo storico. Ci si può ragionevolmente attendere una futura ripresa della natalità durante i prossimi anni, quando si presenteranno, all'età di maggior fecondità, le coorti di donne, più numerose, nate alla fine degli anni '80.

In Veneto è attiva una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con 37 Punti nascita, approvata a livello nazionale in termini di organizzazione e qualità assistenziale.

Il parto avviene nel 26% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la nostra regione in posizione largamente inferiore alla media nazionale; esiste un'importante variabilità per Punto nascita nel ricorso alla diagnosi prenatale (circa 16% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. Il ricorso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) riguarda il 2,3% dei parti. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

3.2.2. Rapporto SDO 2016

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2016 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: rispetto all'anno precedente, il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza mostra una diminuzione di circa il 2,7%, mentre il corrispondente volume complessivo di giornate si riduce di circa il 2,1%.

Più nel dettaglio, la riduzione più consistente si osserva per l'attività di riabilitazione in regime diurno (-6,4% per le dimissioni e -3,3% per il numero di accessi), poi per l'attività per Acuti in regime

diurno (-5,7% per le dimissioni e -6,4% per il numero di accessi) e la lungodegenza (-5,3% per le dimissioni e -4% per il numero di giornate).

Più contenuta appare la riduzione osservata per gli Acuti in regime ordinario (-1,7% per le dimissioni e -1,5% per le giornate) ed infine per la Riabilitazione in regime ordinario (il numero di dimissioni è sostanzialmente sovrapponibile all'anno precedente, mentre il numero di giornate si riduce del 1,3%).

Rispetto al 2015, nel 2016 il tasso di ospedalizzazione per Acuti (graf. 1) si riduce da 129,9 a 126 dimissioni per 1.000 abitanti, articolato in 95 dimissioni (per 1.000 abitanti) in regime ordinario e 31 in regime diurno (nell'anno precedente i valori erano, rispettivamente, 97 e 32,9 dimissioni per 1.000 abitanti); si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale.

Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso mostra un andamento decrescente, che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario che diurno, che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 95 e 31 nel 2016. **Il tasso di ospedalizzazione complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016.**

L'appropriatezza del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriately se erogati in Regime di ricovero ordinario¹: In particolare, confrontando i dati dell'anno 2016 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 45 dei 108 DRG a rischio inappropriately; inoltre, fra i restanti 63 DRG, ulteriori 51 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2015, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,3%; infine, si può osservare che 98 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente.

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

La mobilità interregionale, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza.

Più in dettaglio, la mobilità per Acuti in regime ordinario passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016, la mobilità per Acuti in regime diurno passa dal 7,4% nel 2010 al 9,1% nel 2016; la mobilità per riabilitazione in regime ordinario passa dal 14,7% nel 2010 al 16,3% nel 2016, mentre la mobilità per riabilitazione in regime diurno è pari al 9,2% nel 2010, tocca un massimo di 11,8% nel 2012 e si attesta al 9,3% nel 2016. Infine, la mobilità per lungodegenza è pari al 4,7% nel 2010 e, con piccole oscillazioni, si attesta al 4,9% nel 2016.

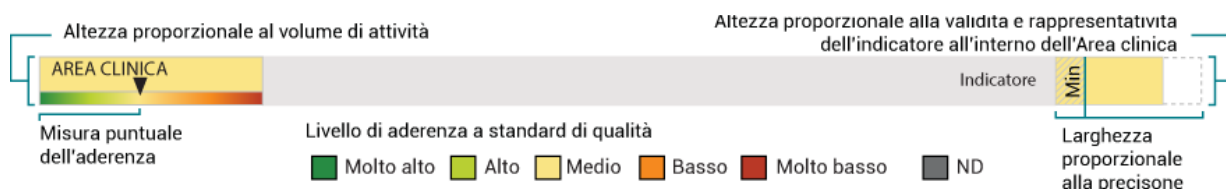
3.2.3. Programma Nazionale Esiti Edizione 2017

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

I risultati dell'edizione 2017 di PNE sui dati aggiornati al 2016, analizzando 166 indicatori (67 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) confermano il trend di progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza nel nostro Paese, già evidenziato negli anni passati e, in particolare, un Sud che si avvicina, benché gradualmente, alle Regioni del Nord, conseguendo risultati di miglioramento per buona parte delle aree cliniche, tradizionalmente critiche, come l'ortopedia, la perinatale e dell'apparato digerente.

Pur resistendo una variabilità tra le Regioni, e in particolare dentro le Regioni, i dati vanno letti come decisivi segnali di incoraggiamento di un sistema sanitario, fortemente impegnato a garantire un elevato standard qualitativo di performance sanitarie.

Analizzando nel dettaglio i dati 2016 degli indicatori dell'Azienda Ospedaliera di Padova:



Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	516	8.25	8.60
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	379	1.76	2.15
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	516	30.57	44.80
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	348	3.23	2.66
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	952	7.64	10.57
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	177	0.87	1.69
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	318	11.05	10.90
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	578	2.11	2.72
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	271	7.66	9.31
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	293	77.31	72.71
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 cas	442	69.68	73.91
CH. ONCOLOGICA	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	238	97.06	66.00
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	312	1.68	4.12
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	734	0.78	1.23
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	146	6.25	8.26
GRAVIDANZA E PARTO	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	180	0.90	6.16
	% parti con taglio cesareo primario	2357	25.64	24.52
	Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	3582	0.31	0.52
OSTEOMUSCOLARE	Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	1977	0.59	0.78
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	278	45.87	57.80
	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	72	4.00	4.00

Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

Volume di attività inferiore alla soglia fissata dal Regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri del 05/08/2014 (tolleranza del 10%)

Mettendo a confronto i dati del 2015 e 2016:

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

	Dati 2015 % ADJ	Dati 2016 % ADJ	Δ dati 2015-16
CARDIOCIRCOLATORIO			
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,97	8,25	
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	1,96	1,76	
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	32,57	30,57	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	5,38	3,23	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	7,88	7,64	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,88	0,87	
NERVOSO			
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	8,59	11,05	
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,09	2,11	
RESPIRATORIO			
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,61	7,66	
CHIRURGIA GENERALE			
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	78,72	77,31	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volumi di attività > 90 casi	55,38	69,68	
CHIRURGIA ONCOLOGICA			
Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volumi di attività > 135 casi	93,1	97,06	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	2,36	1,68	
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,84	0,78	
% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	8,95	6,25	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	1,65	0,9	
GRAVIDANZA E PARTO			
% parti con taglio cesareo primario	22,58	25,64	
Parto naturale: % complicanze durante il parto e il puerperio	0,26	0,31	
Parto cesareo: % complicanze durante il parto e il puerperio	0,6	0,59	
OSTEOMUSCOLARE			
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	55,39	45,87	
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2,00	4,00	

Nelle prime due colonne sono evidenziati i dati 2015-2016 con i colori della scala di valutazione del treemap, in base al grado di raggiungimento della soglia. Nella terza colonna si evidenziano i cambiamenti nei due anni: il verde indica un miglioramento, l'arancione un peggioramento.

Nello specifico risultano particolarmente migliorati:

- valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità,
- riparazione di aneurisma: mortalità,
- % nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella.

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

- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni,

L'Azienda Ospedaliera di Padova si è comunque impegnata nel miglioramento di questo indicatore adottando dei cambiamenti organizzativi, che hanno portato al raggiungimento della fascia alta di valutazione.

Infatti nei dati forniti dalla Regione Veneto, nell'ultimo monitoraggio del 2018 (al 30/09/2018) sugli indicatori del PNE, non risultano criticità e l'AOP ha un punteggio (calcolato come media dei punteggi relativi a ciascun indicatore) di 15,71 (la soglia minima di aderenza agli standard di qualità è $\geq 13,3$).

3.2.4. Bersaglio

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

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

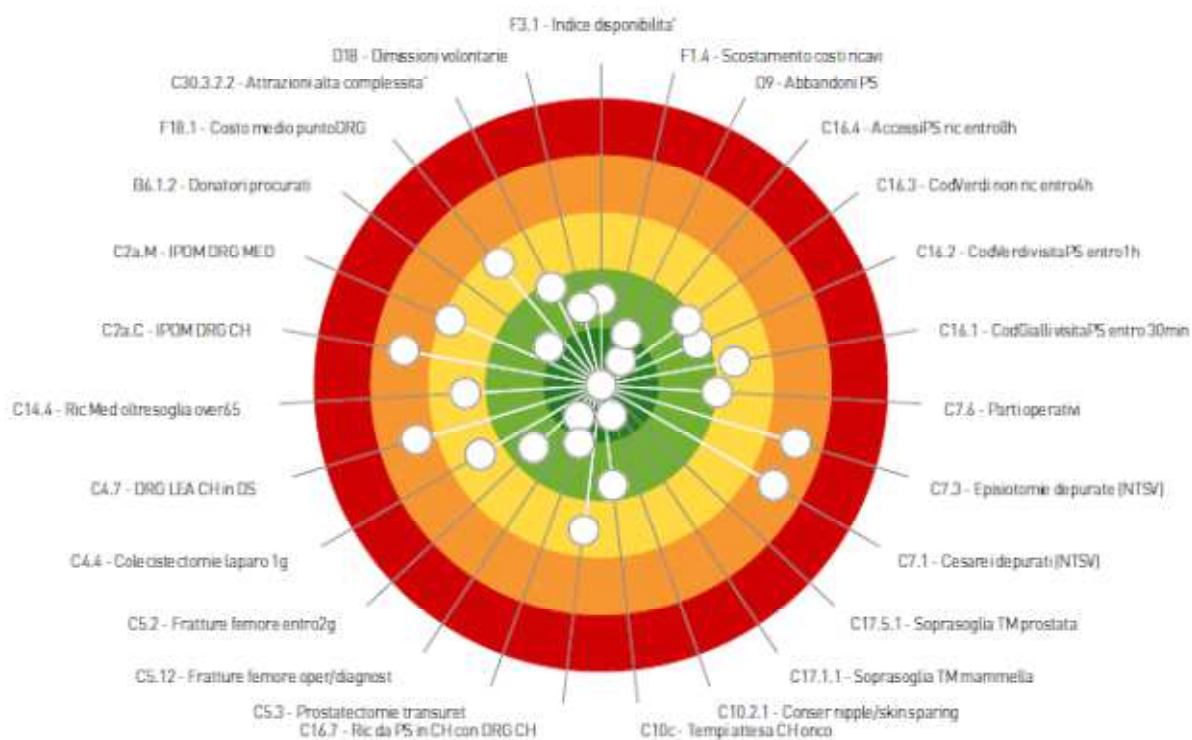
Nel 2018, questo network è composto da 10 Regioni e dalle due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Il coordinamento è affidato a un soggetto terzo e pubblico, la suddetta Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che ha il compito di assicurare il rigore metodologico del processo di calcolo e il sistematico sviluppo e aggiornamento dello strumento. L'obiettivo della collaborazione è quello di condividere un sistema di valutazione, attraverso il confronto di un set di circa 300 indicatori (che spaziano dallo stato di salute della popolazione alla valutazione delle dinamiche economico-finanziarie e dell'efficienza operative), per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi sanitari.

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

Di seguito sono rappresentati i grafici dei risultati dell'ultimo report (2017) per l'Azienda Ospedaliera di Padova.

Performance AO Padova 2017

Valutazione della performance 2017



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

La seguente barra in pila restituisce, per l'Azienda Ospedaliera di Padova, il trend tra il 2016 e il 2017, rappresentando la percentuale di indicatori migliorati, peggiorati o stabili.

Andamento indicatori / Trend 2016-2017

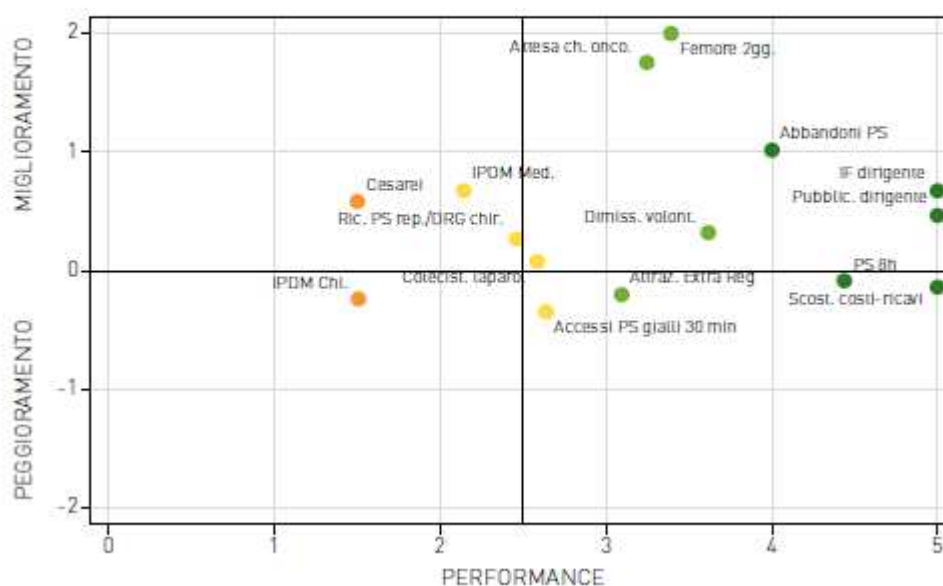
Numero indicatori: 41



- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo

La mappa di performance che indica (per una selezione di indicatori), da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso (asse x) e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente, rappresentata nell'asse verticale y, calcolata, per ogni indicatore selezionato, come variazione percentuale 2017-2016, riproporzionata, attraverso il confronto con le altre Aziende, in modo da variare in una scala compresa tra -2 e +2.

Mappa di performance e trend (2016-2017)



Per il 2018, alla luce del monitoraggio regionale su questi indicatori, l'andamento risulta positivo, segnalando alcune criticità che permangono in particolare per i seguenti indicatori:

C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg;

C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti;

C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

4. Linee strategiche

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

Area	
A	Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
B	Rispetto dei tempi massimi d'attesa
C	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
D	Sviluppo di attività innovative e di alta specialità
E	Mobilità extraregionale
F	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi NSIS
G	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza"
H	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
I	Prevenzione della corruzione
L	Controllo interno
M	Garanzia della sicurezza per pazienti ed operatori

Linee
strategiche
regionali

Linee
strategiche
aziendali

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

Le tabelle seguenti illustrano gli obiettivi aziendali e gli indicatori individuati, distinguendo quelli derivanti dalla programmazione regionale 2018 e quelli di fonte aziendale (A).

Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Rispettare il risultato economico programmato (DGR 1810/2017) di bilancio	Risultato di bilancio	R	-20.813.982 (monit al 30/09/18)	0	0	0	Contabilità e Bilancio
Variazione annuale del costo della produzione (+ imposte – tasse)	Costo produzione rettificato	R		0%	0%	0%	Contabilità e Bilancio
Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Indicatore di tempestività dei pagamenti	R	-4,43 (3°trim)	<=0	<=0	<=0	Contabilità e Bilancio
Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	Costo del Personale	R	€214.700.776 (4°CEPA)	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	Risorse Umane
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo della Farmaceutica - Acquisti diretti	R	€106.108.982 (al netto epatite C)	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	Farmacia
	Costo della Farmaceutica – innovativi		15.053.866 (4°CEPA)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo della Farmaceutica – innovativi oncologici		3.474.000 (4°CEPA)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo della Farmaceutica - File F	A	€ 81.790.667 (4°CEPA)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo pro capite pesato dei farmaci in distribuzione diretta di classe A-H	R	€ 122,3 (mon al 30/09)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Farmacia
	Costo dei Dispositivi Medici (DM)	R	€ 62.025.525 (4°CEPA)	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	DMO Adulto
	Costo dei Dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD)	R	€ 22.547.850 (4°CEPA)	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	≤ al tetto che sarà definito dalla Regione	DMO Materno-Infantile
Recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali	% chiusura schede dei Registri AIFA	R	In corso	100%	100%	100%	Farmacia
Appropriatezza prescrittiva per i	<i>Vari indicatori regionali</i>	R		Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	Farmacia

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
farmaci ad elevato impatto economico							

Rispetto dei tempi massimi d'attesa:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Rispetto dei tempi di primo intervento	Tempo intervallo di Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	R	0:18:00 (DWH reg gen-nov)	<=18 minuti	<=18 minuti	<=18 minuti	SUEM
Rispetto dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso secondo quanto previsto da DRG 1513/2014	Durata di accesso di Pronto Soccorso al 90° percentile	R	5:37:00 (DWH reg gen-nov)	90° percentile ≤ 4 ore (240 minuti)	90° percentile ≤ 4 ore (240 minuti)	90° percentile ≤ 4 ore (240 minuti)	DMO
Riduzione tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici	% tempo attesa rispettato – tutte le classi	R	91% (I sem) 83% (II sem) mon ott	>=95%	>=95%	100%	DMO
Riduzione tempi di attesa per gli interventi chirurgici non oncologici	% tempo attesa rispettato – classi A-B	R	77% (II sem) mon ott	>=90%	>=90%	95%	DMO
Rispetto tempi di attesa per le prestazioni specialistiche Classe B	% prestazioni in classe B (10gg, solo G1) con rispetto dei tempi di attesa	R	100% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	% prestazioni in classe B (10gg, solo G2) con tempo di erogazione inferiore a 20gg	R	100% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	
Rispetto tempi di attesa per le prestazioni specialistiche Classe D	% prestazioni in classe D (30gg, solo G1) con rispetto dei tempi di attesa	R	99% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	% prestazioni in classe D (30gg, solo G2) con tempo di erogazione inferiore a 60gg	R	99% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	
Rispetto tempi di attesa per le prestazioni specialistiche Classe P	% prestazioni in classe P (90gg, solo G1) con rispetto dei tempi di attesa	R	99% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO
	% prestazioni in classe P (90gg, solo G2) con tempo di erogazione inferiore a 120gg	R	99% monit ott	95%	Soglia regionale	Soglia regionale	

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Rispetto tempi di attesa per le prestazioni specialistiche di controllo	% prestazioni di controllo su ricetta dematerializzata (su tot prestaz di controllo su dema) con tempo di erogazione nel rispetto della prescrizione	R	88% (monit ott)	>=90%	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO

Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	Valore indicatori considerati nel Treemap	R	Valori vari	Soglie varie	Soglie varie	Soglie varie	DMO
Risoluzione delle criticità emergenti alle luce della Verifica degli adempimenti LEA 2016 e degli altri oneri previsti dal Questionario LEA 2017	Risposta alle richieste regionali	R	Risposte nei tempi	Risposte nei tempi	Risposte nei tempi	Risposte nei tempi	Programmazione e Controllo di Gestione
	Rispetto degli adempimenti Fascicolo Sanitario Elettronico	R	IQI 100% Invio Piano di adeguamento organizz e strutturale nei tempi	Risposte nei tempi	Risposte nei tempi	Risposte nei tempi	Informatica
Aumento/mantenimento attività ricovero	N. ricoveri	A	58.558	>=2018	>=2019	>=2020	DMO
Aumento/mantenimento attività specialistica	N. prestazioni per esterni	A	6.933.425	>=2018	>=2019	>=2020	DMO
Aumento/mantenimento atti operatori	N. atti operatori	A	48.198	>=2018	>=2019	>=2020	DMO

Sviluppo di attività innovative e di alta specialità:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dagli indicatori del network Sant' Anna	Valore degli indicatori del network specifici per le Az. Osp. Univ.	R	Valori vari	Miglioramento o =2018	Miglioramento	Miglioramento	DMO
Riduzione della tempistica di avvio studi clinici con farmaco profit	Media giorni tra data della ricezione del parere e firma del contratto	R	38,3 giorni (monit reg al 30/9/18)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Nucleo Ricerca Clinica
	Rendicontazione economica degli introiti derivanti dagli studi clinici	R	ND	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Nucleo Ricerca Clinica
	Compilazione registro regionale per la sperimentazione clinica	R	Effettuata	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	Nucleo Ricerca Clinica

Mobilità extraregionale

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera	Variazione % valore della mobilità attiva extraregionale classe A	R	-10% (monit al 30/09/18)	Soglia regionale	Soglia regionale	Soglia regionale	DMO

Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi NSIS

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Referente aziendale dell'obv
Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi NSIS	% indicatori che rispettano completezza e qualità dei flussi informativi (flussi SDO, SPS, art. 50, EMUR-PS, EMUR-118)	R	13/14 (monit al 30/9/18)	Soglie regionali	Soglie regionali	Soglie regionali	Programmazione e Controllo di Gestione, DMO, SUEM
	% indicatori che rispettano completezza e qualità dei flussi dei beni sanitari (consumi DM, contratti DM, consumo farmaci, ecc.)	R	9/13 (monit al 30/9/18)	Soglie regionali	Soglie regionali	Soglie regionali	Programmazione e Controllo di Gestione, Farmacia, Provveditorato
	% SDO chiuse e inviate entro la scadenza IN CIASCUN MESE	A	97,82% (Fase 11)	>95% in almeno 7 mesi su 12	>97%	98%	DMO
Firma digitale	% lettere di dimissione firmate digitalmente	A	95% (dato monit.)	>=98%	>=99%	>=100%	DMO

Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza”

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza”	% richieste soddisfatte nei tempi previsti	R	100%	100%	100%	100%	Internal Audit

Promozione della trasparenza e prevenzione della corruzione:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Azioni volte alla prevenzione della corruzione e trasparenza	% documenti/informazioni pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente entro i termini	R	100%	100%	100%	100%	Resp. Anticorruzione
	Conferma/modifica/implementazione delle misure di prevenzione	A	Effettuata	Entro il 31/12/2019	Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Resp. Anticorruzione
	Individuazione dipendenti da inserire nel programma annuale di formazione in materia di prevenzione corruzione e codice di comportamento	A		Entro il 31/12/2019	Entro il 31/12/2020	Entro il 31/12/2021	Resp. Anticorruzione
	Nuovo regolamento per il conferimento di incarichi dirigenziali	A		Entro il 28/02/2019			Resp. Anticorruzione
	Attivazione modalità informatizzate per le segnalazioni anonime	A		Entro il 31/03/2019			Resp. Anticorruzione
	Definizione regole per richiesta e valutazione MD in visione gratuita e/o comodato d'uso gratuito	A		Entro il 30/06/2019			Resp. Anticorruzione
	Valutazione monitoraggi attività extraistituzionali e formazione sponsorizzata e non, per riesame regolamenti	A		Entro il 30/06/2019			Resp. Anticorruzione
	Revisione Regolamento Ricerca clinica e regolamentazione sulle modalità di accesso e gestione del fondo "no profit"	A		Entro il 30/06/2019			Resp. Anticorruzione
	Nuove regole Affidamento Servizi Legali	A		Entro il 30/06/2019			Resp. Anticorruzione
	Adozione Protocollo di Legalità	A		Entro il 30/06/2019			Resp. Anticorruzione

Controllo interno: (Piano di audit triennio 2019-2021 Azienda Zero DDG n. 416 del 31/12/2018)

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
PAC: Attività di audit di Azienda Zero presso AOPD sulle seguenti aree - Disponibilità liquide (gestione casse aziendali, tesoreria, pagamenti, fondi economici) - Patrimonio netto - Debiti e costi (anagrafica fornitori, anagrafica prodotti e servizi acquisto beni e servizi) - Rimanenze	PAC :Attività istruttoria e collaborazione allo svolgimento della verifica secondo la pianificazione definita da Internal Audit di Azienda Zero	A		Secondo programmazione regionale	Secondo la programmazione regionale	Secondo la programmazione regionale	UUOO Tecnico-Amministrative e Farmacia
PAC: Azioni di Miglioramento a seguito di Audit di Azienda Zero	PAC Predisposizione piano di miglioramento	A		Si (Area F-Crediti e ricavi)	Si	Si	UUOO Tecnico-Amministrative
	PAC Attuazione del piano di miglioramento e relativo monitoraggio	A			Si (Documento Stato Avanzamento Lavori) (Area F-Crediti e Ricavi)	Si (SAL)	UUOO Tecnico-Amministrative
PAC: Attività di monitoraggio di Azienda Zero presso AOPD sulle aree precedentemente auditate	PAC :Attività istruttoria e collaborazione allo svolgimento della verifica secondo la pianificazione definita da Internal Audit di Azienda Zero	A		Secondo programmazione regionale	Secondo programmazione regionale	Secondo programmazione regionale	UUOO Tecnico-Amministrative
Risk Assessment	Applicazione degli strumenti metodologici messi a disposizione da Azienda Zero (Risk scoring)	A		Si (risk scoring)	Si (risk scoring)	Si (risk scoring)	Internal audit
	Pianificazione ed effettuazione di attività di risk assesment/Internal auditing sulla base delle priorità concordate con la Direzione Generale	A			Si (secondo programmazione)	Si (secondo programmazione)	Internal Audit e Direzione Generale

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Azioni di Miglioramento a seguito di Audit interni	Predisposizione piano di miglioramento	A		Si (Recupero crediti a seguito nota prot. 77078/2018)			DAO Affari Generali- Legale Controllo di Gestione Bilancio
	Supporto agli owner dei processi per la predisposizione/attuazione del piano di miglioramento	A		Si (Recupero crediti a seguito nota prot. 77078/2018)			Internal audit
	Attuazione del piano di miglioramento	A			Si (Documento Stato Avanzamento Lavori)		DAO Affari Generali- Legale Controllo di Gestione Bilancio
	Monitoraggio attuazione azioni di miglioramento	A				Si (documento di valutazione)	Internal audit

Garanzia della sicurezza per pazienti ed operatori:

Descrizione Obiettivo	Indicatore		Valore 2018 (pre-cons)	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Referente aziendale dell'obv
Prevenzione incendi (D.M. 19/03/2015): Piano di Emergenza dei Reparti	Redazione del Piano o esercitazioni antincendi	A	In corso	Entro il 31/12/2019			UOC Area Tecnica

5. Dagli obiettivi strategici alla valutazione individuale

Gli obiettivi strategici, articolati così come descritto nel precedente paragrafo, daranno origine a obiettivi aziendali di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

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

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

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

5.1. Processo di budget

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

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

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

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

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance. In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il grado di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando le criticità del processo di valutazione.

5.2. Processo di valutazione della performance individuale

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

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

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

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

Il Documento di valutazione del personale è stato adottato sia per il personale ospedaliero che universitario in convenzione per l'attività correlata all'assistenza, in accordo con la componente universitaria e con i rappresentanti sindacali di categoria, e viene applicato in maniera differenziata per il personale del comparto e per il personale dirigente, in accordo ai rispettivi Contratti Integrativi Aziendali, come di seguito descritto.

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

5.2.1. Personale del Comparto

In Azienda Ospedaliera di Padova il processo di valutazione del personale del comparto è disciplinato all'interno del Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 27/06/2005. Tale processo effettua il raccordo tra la performance organizzativa e la performance individuale con:

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

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

- Presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;
- Inquadramento professionale del dipendente in rapporto alla tipologia del rapporto di lavoro (part time o full time) e alla categoria di appartenenza per la quale è stato previsto un coefficiente specifico;
- Punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato **Documento di Valorizzazione Individuale**.

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

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

I soggetti preposti alla valutazione della performance individuale ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti sono il Direttore di Struttura e una seconda figura che opera a diretto contatto con il valutato: dirigente per l'area amministrativa/tecnica e coordinatore per l'area tecnico/sanitaria. Per quanto concerne il coordinatore quale secondo valutatore è stato individuato tra le figure della UOC Direzione delle Professioni Sanitarie considerando le aree di afferenza.

Per i dipendenti in disaccordo con la valutazione espressa, è prevista la procedura del ricorso ad un collegio composto da tre componenti.

Le risorse finalizzate alla remunerazione della performance individuale (incentivazione per la produttività) vengono definite annualmente in sede di contrattazione decentrata con le organizzazioni sindacali di categoria nel rispetto del limite economico dettato dai fondi contrattuali a disposizione, nel rispetto delle modalità concordate nella contrattazione integrativa.

5.2.2. Personale della Dirigenza

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

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

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

- Presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento in termini di assunzione e cessazione del dipendente, considerando le varie tipologie di assenza previste dalla normativa nazionale e aziendale;

- Inquadramento professionale del dirigente in rapporto alla tipologia del rapporto di lavoro (Part time o full time) e all'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto un coefficiente specifico (per la dirigenza PTA);
- Punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento di Valorizzazione Individuale.

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

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

Per l'area della Dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa. Per il dirigente con incarico di Struttura Complessa il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

Per i dirigenti in disaccordo con la valutazione espressa, è prevista la procedura del ricorso ad un collegio composto da tre componenti.

Per quanto riguarda la ricaduta sulla retribuzione correlata al risultato, gli accordi aziendali prevedono l'individuazione di una quota procapite annuale in proporzione alla disponibilità del Fondo Aziendale per la retribuzione di risultato suddivisa tra il personale in servizio, erogata come previsto dal CCNL vigente, per un 50% in acconto mensile e il restante 50% in fase di conguaglio annuale unitamente alle risorse residue del fondo stesso.