REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

Delibera del Direttore Generale n. 1240 del 25/06/2024

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

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

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

In conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b), modificato dal D.Lgs n. 74/2017, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha predisposto la Relazione sulla performance anno 2023, documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.
Le Linee di indirizzo impartite dalla Regione Veneto in applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n.150/2009 in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza (DGRV n. 140/2016) ribadiscono l'obbligo, per le Aziende Sanitarie della Regione, di adottare tale documento entro il 30 giugno di ciascun anno.
La Relazione sulla performance riporta in sintesi:

- una fotografia dell'Azienda con i dati di attività del 2023;
- l'auto-valutazione degli obiettivi aziendali per l'anno 2023, con particolare evidenza agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati alle aziende sanitarie del Veneto con DGRV n. 1702/2022. Constatato che alla data odierna la Regione non ha ancora emanato il provvedimento di valutazione degli obiettivi, la stima del raggiungimento aziendale è stata fatta sulla base dei dati di misurazione inviati dalla Regione e dei dati a disposizione dell'Azienda. Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati alle singole UU.OO. con le schede di budget la valutazione risulta in corso e i

risultati saranno rendicontati nella successiva integrazione della Relazione;

- si tratta pertanto di un dato pre-consuntivo, che verrà aggiornato alla luce della valutazione dei competenti organi regionali;
- la metodologia adottata e i criteri per la determinazione della valutazione individuale; le valutazioni sono attualmente in fase di elaborazione. La sintesi dei risultati delle valutazioni individuali sarà approvata con atto successivo, al termine del processo e comunque entro il termine del 15 settembre previsto dalla DGR 140/2016.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 all'art. 14, comma 4, lettera c) e ss.mm., la Relazione sulla Performance 2023 sarà sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione e, successivamente, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa proposta e accertato che il Direttore della **UOC Controllo di Gestione** ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla conformità con la vigente legislazione statale e regionale, nonché la copertura della spesa prevista nel budget assegnato per l'anno in corso;
RITENUTO di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;
VISTO il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e le leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994 e successive modifiche ed integrazioni;
ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;
IN BASE ai poteri conferitigli dal D.P.G.R. n. 16 del 26.02.2024.

DELIBERA

1. di approvare la Relazione sulla performance anno 2023, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b) e ss.mm., dalla DGRV n. 140 del 2016, allegata come parte integrante al presente provvedimento, nei termini esposti in premessa;

2. di rinviare a successivo atto l'aggiornamento della Relazione, relativamente sia alla sintesi dei risultati della valutazione individuale sia

dei risultati degli obiettivi assegnati alle singole UU.OO. con le schede di budget;

3. di sottoporre la Relazione sulla performance anno 2023 per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione e, una volta validata, pubblicarla sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Direttore Generale
F.to Dr. Giuseppe Dal Ben

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

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

Indice

1 Presentazione della relazione 3

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni4

2.1 La normativa di riferimento 4

2.2 L'Azienda Ospedale-Università in cifre 7

Attività di ricovero 10

Attrattività 12

Attività di trapianto 13

Attività ostetrica 14

Attività chirurgica 15

Attività del Pronto Soccorso 17

Principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari 21

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti 24

3.1 Gli obiettivi strategici 24

3.2 Gli obiettivi operativi 61

3.3 Performance individuale – obiettivi individuali 62

3.3.1 Sistema di valutazione del personale 62

3.3.2 Sintesi delle valutazioni 68

4 Risorse, efficienza ed economicità 71

4.1.1 Evoluzione della performance economica dell'azienda 71

4.1.2 Evoluzione dei tempi medi di pagamento 72

5 Il processo di redazione della Relazione sulla *performance* 77

1 Presentazione della relazione

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

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

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

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009, la Relazione deve essere approvata entro il 30 giugno e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Tale disposizione è stata fatta propria dalla Regione Veneto che, con DGR 140/2016, ha disposto che il Documento di Validazione della Relazione sulla performance sia redatto dall'OIV all'interno della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni. Il presente documento verrà successivamente integrato con informazioni relative alla valutazione finale delle performance individuali e della performance organizzativa delle UU.OO (attualmente in fase di completamento).

Per l'Azienda Ospedale-Università Padova gli obiettivi da conseguire nell'anno 2023, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nei seguenti documenti: Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023-2025 (DDG n. 215 del 30/01/2023) e Documento di Direttive 2023 (DDG n. 404 del 24/02/2023).

In tale contesto e sulla base dei contenuti dei decreti attuati approvati a livello nazionale, la Relazione sulla performance 2023 mantiene struttura e contenuti analoghi a quelli degli anni precedenti.

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

2.1 La normativa di riferimento

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

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

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

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

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

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

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

La missione 6 si articola in due componenti:

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

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

Con DGR n. 296 del 22/03/2022 la Regione Veneto ha individuato 16 progetti innovativi e strategici formulati nell'ambito del Tavolo di partenariato per il PNRR. Tra questi il progetto 12 riguarda l'Ospedale e il territorio con investimenti su Case di Comunità, telemedicina, Ospedali di Comunità, ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, sicurezza e sostenibilità, potenziamento della ricerca biomedica.

DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Il decreto è stato adottato nell'ambito della riforma di settore del PNRR, che persegue la creazione di un nuovo modello organizzativo del SSN, tale da consentire il raggiungimento di migliori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale.

Le principali tematiche interessate dalla riforma sono: Casa della Comunità, Infermiere di famiglia o comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrale operativa territoriale, Centrale operativa 116117, Assistenza domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete delle cure palliative, Consultorio familiare e servizi rivolti ai minori, Dipartimento di Prevenzione e telemedicina.

Normativa relativa alla programmazione del Servizio Sanitario della Regione Veneto:

- **DGR n. 614 del 14/05/2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere".
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48/2018.
- **DGR n. 1702 del 30/12/2022** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023".
- **Decreto Regionale n. 181 del 29/12/2022** "Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per il 2023", poi modificato con Decreto n. 23 del 21/07/2023.
- **Decreto Regionale n. 76 del 31/05/2023** "disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2023", poi modificato con Decreti Regionali n. 137 del 05/10/2023 e n. 58 del 10/04/2024.
- **DGR n. 162 del 22/02/2022** "Rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa.
- **DGR n. 1717 del 30/12/2022** "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)..."; in essa vengono individuati i termini per la definizione e la valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende sanitarie, prevedendo anche una revisione

della DGR n. 140/2016.

- **DGR 1710 del 30/12/2022** "Disposizioni per un utilizzo flessibile dell'ospedale basato su livelli di intensità di cura". Si forniscono le opportune disposizioni per consentire alle Aziende Sanitarie di adeguare l'organizzazione degli ospedali garantendo la maggiore appropriatezza possibile nell'offerta delle prestazioni di ricovero, attraverso un uso flessibile delle risorse.

Normativa relativa alla valutazione:

- **D.Lgs n. 150/2009, modificato dal D.Lgs. n. 74/2017,** "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

- **DGR n. 2172 del 23/12/2016** "Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR".

- **DGR n. 140/2016** "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia". Tale norma va a sostituire la DGRV 2205/2012.

- **CCNL 2019-2021** relativo al personale del Comparto Sanità sottoscritto in data 2 novembre 2022.

- CCNL 2019-2021 relativo alla Dirigenza dell'Area Sanità sottoscritto il 23 gennaio 2024.

- **CCNL 2016-2018** relativo al personale dell'Area delle Funzioni Locali, Sezione Dirigenti P.T.A. del SSN, sottoscritto in data 17 dicembre 2020.

Normativa di carattere generale:

- **D.Lgs n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n. 97/2016**, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

- **D.P.R. n. 62/2013** che ha approvato il nuovo Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni;

- D.P.R. n. 81/2023 che ha integrato ed aggiornato il precedente codice di comportamento;

- **Legge n. 190/2012**, recante le "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", assume la portata di una vera e propria riforma delle pubbliche amministrazioni ai fini della prevenzione e della lotta alla corruzione.

2.2 L'Azienda Ospedale-Università in cifre

L'Azienda Ospedale-Università Padova (in seguito AOUP) è riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999 ed è individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 quale Ospedale *Hub* di eccellenza di rilievo regionale.

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

La valenza dell'AOUP, quale Hub a proiezione nazionale, è evidenziata dalla molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali. Gli atti di programmazione ospedaliera riconoscono per l'AOUP una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992. Alcune funzioni sono identificate come "strutture di riferimento regionale" e viene riconosciuto, ove previsto, lo svolgimento di attività sia di trapianto di organo solido (cuore, polmoni, fegato, rene e pancreas) sia di cellule staminali emopoietiche.

Con specifici provvedimenti, la Regione Veneto ha individuato una serie di strutture e centri di riferimento regionale all'interno dell'AOUP cui si aggiungono n. 51 centri regionali specializzati, riconosciuti con la DGR n. 2707/2014 e s.m.i. i quali si caratterizzano per essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure, attraverso l'erogazione di qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale, la produzione di attività di ricerca riconosciuta a livello nazionale e internazionale e lo svolgimento di attività di formazione su scala regionale.

In ambito internazionale, inoltre, l'AOUP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico. A livello europeo sono state approvate 24 reti per le malattie rare e complesse costituite da centri di riferimento /eccellenza appartenenti agli Stati membri secondo quanto previsto dalla Direttiva Europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera. A seguito della partecipazione ai bandi europei per aderire a tali reti (European Reference Network - ERN), per l'AOUP è stata riconosciuta la partecipazione a 22 dei 24 ERN. L'elenco degli ERN cui l'Azienda partecipa e la loro descrizione sono disponibili alla seguente pagina web: https://ern.aopd.veneto.it/

L'Azienda, con i suoi 1740 posti letto definiti dalla programmazione regionale (DGR n. 614/2019) risulta essere una tra le più grandi strutture ospedaliere d'Italia. Vi si effettuano oltre 66mila ricoveri all'anno, tra ricoveri in regime di degenza ordinaria e in day hospital, e più di un milione e 600 mila prestazioni ambulatoriali escluse le prestazioni di laboratorio.

L'AOUP ha definito nell'Atto Aziendale la missione, la visione, i principi ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi, nonché i principi generali di organizzazione e delineato la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo, disciplinando i livelli di competenza e responsabilità, con distinzione delle funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda. Nell'organigramma dell'Atto Aziendale è, inoltre, riportato l'assetto organizzativo sia dell'area ospedaliera sia dell'area non ospedaliera.

In riferimento al processo di approvazione dell'Atto Aziendale di AOUP si rappresenta che, a seguito dell'approvazione della DGR n. 102 del 30 gennaio 2023 con cui la Regione del Veneto ha autorizzato le Aziende e gli Enti del SSR ad istituire presso ogni Azienda la UOC Sistemi Informativi ad adeguare i propri Atti Aziendali conformandosi alla procedura definita al punto 2 dell'Allegato A della DGR n. 1306/2017, l'AOUP Padova ha provveduto ad approvare una nuova proposta di Atto Aziendale con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1270 del 3 luglio 2023 che è stata trasmessa alla Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale con la nota prot. 45854 del 10 luglio 2023 per le verifiche di competenza e la relativa approvazione.

Con il Decreto n. 116 del 12 settembre 2023 il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha disposto l'approvazione dell'Atto Azienda dell'AOUP che è stato adottato in via definitiva con la Deliberazione del Direttore Generale n. 2126 del 5 dicembre 2023.

Si seguito si riporta il numero di strutture individuate nell'Atto Aziendale.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

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

Attività

I principali dati di attività di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica dell'anno 2023 sono riportati nella tabella seguente.

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Numero Ricoveri ordinari	51.059	52.542	54.992
Numero Ricoveri diurni	10.339	11.791	11.785
Totale ricoveri*	61.398	64.333	66.777
Valore DRG attività di ricovero in Euro	*297.338.282*	*309.081.000*	*324.859.959*
Peso medio DRG ricoveri ordinari**	1,47	1,46	1,48
Valore medio per caso trattato ricoveri ordinari	5.413,69	5.431,48	5.498,12
Degenza media ricoveri ordinari**	8,02	7,83	7,64
% Ricoveri Urgenti**	64,71%	62,77%	60,10%
% pazienti Extra Regione (RO+DH)-Mobilità	8,93%	8,85%	9,17%
Numero ricoveri per trapianto solido	307	365	435
Numero ricoveri oncologci (RO+DH)	10.260	10.594	11.251
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	6.791.302	6.899.793	7.176.449
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto	129.166.956	125.243.707	130.662.036
N. atti operatori (escluso Sala Parto e PMA)	61.033	63.770	67.723
Accessi Pronto Soccorso	129.153	150.283	159.497
di cui Pediatrici	*22.151*	*27.323*	*28.416*
Hospice Pediatrico/Centro Bambino Maltrattato-Numero dimessi	*379*	*345*	*413*
Ospedale di Comunità-Numero Dimessi		*21*	*223*

** escluso Hopice Pediatrico, Centro Bambino Maltrattato e ODC*

*** al netto della Lungodegenza e Riabilitazione*

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

Dopo il periodo di emergenza sanitaria da Covid -19, a partire dal secondo trimestre 2022 si è registrata una progressiva ripresa dell'attività ordinaria. Nel 2023, il numero dei ricoveri è aumentato di circa il 4% rispetto all'anno precedente, così come l'attività di specialistica ambulatoriale.

La ripresa dell'attività riguarda sia l'area medica che l'area chirurgica, quest'ultima accompagnata dall'incremento nel numero di atti operatori eseguiti e nel numero di trapianti solidi.

Anche il Pronto Soccorso (adulti e pediatrico) registra un incremento nel numero di accessi spiegato principalmente dall'aumento dei casi con codice bianco (circa 12% rispetto al 2022).

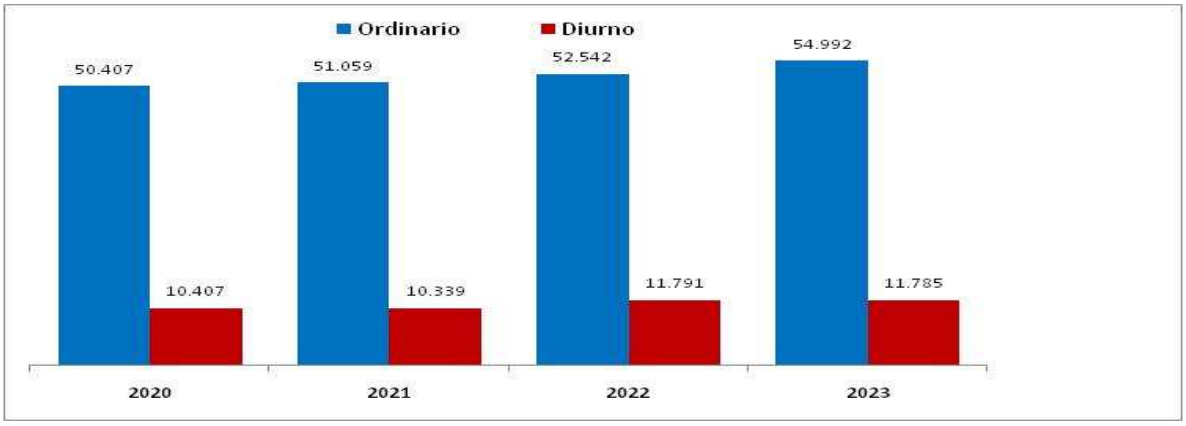
Per le strutture residenziali, si segnala un aumento nei casi trattati sia nell'Hospice Pediatrico che nel Centro del Bambino Maltrattato; mentre, per quanto riguarda l'Ospedale di Comunità, attivato ad ottobre 2022, sono stati dimessi nel corso del 2023 complessivamente 223 pazienti con un utilizzo a pieno regime dei 28 posti letto attivati.

Attività di ricovero

Nel corso del 2023, l'Azienda Ospedale-Università Padova (AOUP) ha registrato un volume di episodi di ricovero pari a 66.777 unità che equivale ad un incremento di circa il 4% dei volumi di attività rispetto all'anno 2022.

Tabella e grafico - Numero Dimessi per regime

Volume ricoveri	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	Delta % 2023/2022	Delta % 2023/2021
Ricoveri ordinari	51.059	52.542	54.992	2.450	4,7%	7,7%
Ricoveri diurni	10.339	11.791	11.785	-6	-0,1%	14,0%
Totale ricoveri	**61.398**	**64.333**	**66.777**	**2.444**	**3,8%**	**8,8%**



La progressiva ripresa dell'attività, a seguito del periodo di piena pandemia da Covid-19, riguarda soprattutto i casi di ricovero ordinario che incrementano di quasi 5.000 ricoveri in più rispetto all'anno 2020.

Nel corso del 2023 il numero dei contagi è rimasto sostanzialmente stabile, se non con una breve ripresa nel periodo invernale, come rappresentato nei due grafici prodotti da Azienda Zero nel "Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto - Dati aggiornati al 9/01/2024".

Figura 1.2. Episodi di positività: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)

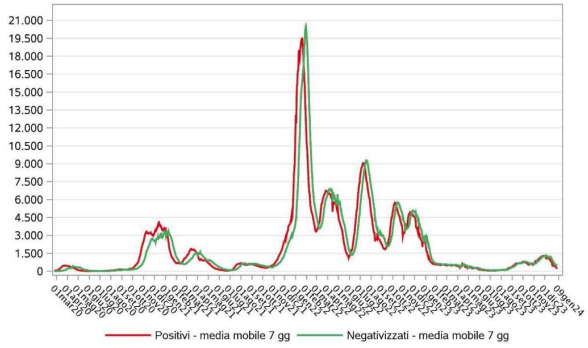
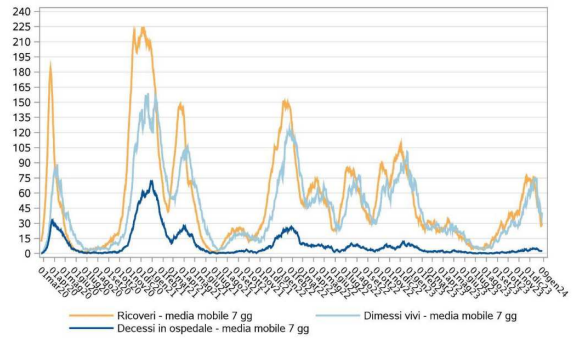


Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg)



Il numero di pazienti seguiti in AOUP è risultato pressoché stabile per l'Area Salute Donna e Bambino, mentre si registra un incremento di attività sia per il DIDAS di Chirurgia che per il DIDAS della Medicina dei Sistemi.

Tabella - Numero Dimessi e Importo per area funzionale

Anno	2021	2021	2022	2022	2023	2023	Delta 2023/2022	
AreaFunzDesDim	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	25.484	151.180.814,06	27.891	161.210.109,49	29.465	171.940.055,36	1.574	10.729.946
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	20.392	98.769.983,76	20.693	99.269.614,13	21.860	105.921.349,58	1.167	6.651.735
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	15.177	45.483.941,76	15.491	47.457.825,31	15.449	46.914.637,33	-42	-543.188
LUNGODEGENZA	345	1.903.542,05	258	1.143.450,98	3	83.916,93	-255	-1.059.534
Total	61.398	297.338.281,63	64.333	309.080.999,90	66.777	324.859.959,20	2.444	15.778.959,30

Relativamente alla contrazione di attività di lungodegenza, quest'ultima è spiegata dalla realizzazione dell'Ospedale di Comunità (ODC), struttura residenziale attivata presso l'OSA a ottobre 2022.

L'ODC, che accoglie pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso riabilitativo domiciliare o ambulatoriale in quanto affetti da patologie acute o da riacutizzazione di patologie croniche, precedentemente trattati nelle aree mediche/chirurgiche dell'AOUP; nel 2023 è dotata di 28 posti letto, sempre pienamente occupati da pazienti, che registrano nel 2023 un numero complessivo di 223 dimessi. Da marzo 2024 sono stati attivati ulteriori 22 posti letto.

L'altra struttura residenziale attiva in AOUP è l'Hospice pediatrico, la cui attività, insieme al Centro del Bambino Maltrattato, incrementa complessivamente di 68 episodi di ricovero nel 2023.

Tabella - Numero Dimessi

Hospice pediatrico e CNTR Bambino Maltrattato

Volume ricoveri	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	Delta % 2023/2022	Delta % 2023/2021
Ordinario	303	252	327	75	29,8%	7,9%
Diurno	76	93	86	-7	-7,5%	13,2%
Totale ricoveri	**379**	**345**	**413**	**68**	**19,7%**	**9,0%**

Ospedale di Comunità

Volume ricoveri	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	Delta % 2023/2022	Delta % 2023/2021
Ordinario		21	223	202	961,9%	
Totale ricoveri		**21**	**223**	**202**	**961,9%**	

Attrattività

La progressiva ripresa dell'attività di ricovero ha garantito un incremento di attività sia a favore di pazienti residenti nel Veneto che extra Regione. In particolare, per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime di ricovero ad assistiti extra-regionali, si registra un incremento nei volumi di attività 2023 pari all'11,5% rispetto al 2022.

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

Anno	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	Delta 2023/2022		Delta 2023/2021	
Mobilità	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Dimessi	% Dimessi	Dimessi	% Dimessi
INTRA	55.331	57.858	59.891	2.033	3,5%	4.560	8,2%
EXTRA	5.423	5.621	6.047	426	7,6%	624	11,5%
TOTALE	**60.754**	**63.479**	**65.938**	**2.459**	**3,9%**	**5.184**	**8,5%**

al netto di Hospice e ODC

L'incremento di attività extra regione riguarda tutte le classi DRG di ricovero (prevalentemente di classe A) e si registra anche nel numero di dimessi da UUOO di Alta specialità (come definite nel D.M. n. 70/2015).

Tabella: Mobilità-Extra REGIONE per classe DGR–2021/2023

EXTRA -mobilità

Anno	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	Delta 2023/2022		Delta 2023/2021	
Classe Ricovero (DGR 1805/2011)	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Dimessi	% Dimessi	Dimessi	% Dimessi
	5.423	**5.621**	**6.047**	**426**	**7,6%**	**624**	**11,5%**
A	1.182	1.234	1.435	201	**16,3%**	253	**21,4%**
B	348	387	387	0	**0,0%**	39	**11,2%**
C	2.744	2.800	2.978	178	**6,4%**	234	**8,5%**
D	1.149	1.200	1.247	47	**3,9%**	98	**8,5%**
di cui dimessi daUUOO di Alta specialità	1.951	1.849	2.040	191	**10,3%**	89	**4,6%**

Il valore complessivo dei ricoveri 2023, accompagnato dal valore dei ricoveri con DRG di classe ad alta complessità e dei dimessi da alte specialità, sono elementi di valutazione dell'obiettivo regionale "Q.07.O1 Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria" e, come da monitoraggio di preconsuntivo, risultano tutti e tre positivi.

	CASI ALTA COMPLESSITA'	CASI REPARTI ALTA SPECIALITA'*	CASI TOTALI
ISTITUTO	VARIAZIONE %	VARIAZIONE %	VARIAZIONE %
050901 00 - AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA` PADOVA	*13,9%*	*10,0%*	*6,4%*

Attività di trapianto

Nel corso del 2023, il numero complessivo di dimessi per trapianto solido aumenta rispetto all'anno precedente di 70 casi, spiegato prevalentemente dall'aumento di trapianti di cuore, fegato e rene. Dei 435 casi del 2023, sono stati trapiantati 17 pazienti pediatrici, in linea con l'attività registrata nell'anno precedente.

Tabella: Dimessi Ricoveri per TRAPIANTO 2021-2023

Anno	2021		2022		2023		Delta 2023/2022		Delta 2023/2021	
Trapianto	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
Trapianto di Cuore	25	1.714.782,97	24	1.607.929,00	43	2.834.030,35	19	1.226.101	18	1.119.247
Trapianto di Fegato	88	7.568.378,00	106	9.042.901,86	121	10.355.276,60	15	1.312.375	33	2.786.899
Trapianto di Polmone	23	1.733.710,12	43	3.249.624,50	52	3.916.055,48	9	666.431	29	2.182.345
Trapianto Rene	153	6.943.026,78	185	8.401.401,42	200	9.075.852,00	15	674.451	47	2.132.825
Trapianto di Pancreas	4	252.267,60			1	63.066,90	1	63.067	-3	-189.201
Trapianto di Insule pancreatiche					3	68.857,59	3	68.858	3	68.858
Trapianto simultaneo Rene-Pancreas	14	973.130,76	7	486.565,38	15	1.052.564,70	8	565.999	1	79.434
Totale trapianti solidi	**307**	**19.185.296,23**	**365**	**22.788.422,16**	**435**	**27.365.703,62**	**70**	**4.577.281,46**	**128**	**8.180.407,39**
Trapianto Midollo Allogenico	20	841.182,46	23	951.118,93	26	1.094.799,04	3	143.680	6	253.617
Trapianto Midollo Autologo	72	2.937.914,64	57	2.328.826,47	56	2.312.691,82	-1	-16.135	-16	-625.223
Totale trapianti di Midollo	**92**	**3.779.097,10**	**80**	**3.279.945,40**	**82**	**3.407.490,86**	**2**	**127.545,46**	**-10**	**-371.606,24**
Totale trapianti	**399**	**22.964.393,33**	**445**	**26.068.367,56**	**517**	**30.773.194,48**	**72**	**4.704.826,92**	**118**	**7.808.801,15**

In particolare, si segnala che ad ottobre 2023 è iniziata l'attività di processazione delle insule pancreatiche ai fini del trapianto e alla data del 31 dicembre 2023 ne sono state effettuate 6 che hanno esitato in 3 trapianti (1 autotrapianto e 2 allotrapianti).

Infine, per quanto riguarda il numero di trapianti di midollo, il numero di casi trattati è in linea con l'anno precedente; degli 82 casi del 2023, 23 risultano pazienti pediatrici, verso 28 bambini trattati nel 2022.

Attività ostetrica

Il numero di parti registrati in AOUP nell'anno 2023 è pari a 2.677 che risulta inferiore al volume 2022 del 2%; riduzione che era già stata segnalata nel corso del 2022 rispetto all'anno precedente e riguarda prevalentemente i parti cesarei urgenti.

Tabella – N. Parti per tipologia (fonte CEDAP)

Modalità parto	Anno 2021		Anno 2022		Anno 2023		Delta 2023/2022	
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
Spontaneo	1.690	60,0%	1.749	63,9%	1.730	64,6%	-19	-1,1%
Taglio cesareo di elezione/programmato	447	15,9%	394	14,4%	404	15,1%	10	2,5%
Taglio cesareo in travaglio/urgente	537	19,1%	445	16,3%	410	15,3%	-35	-7,9%
Uso di forcipe	3	0,1%	6	0,2%	5	0,2%	-1	-16,7%
Uso di ventosa	138	4,9%	141	5,2%	128	4,8%	-13	-9,2%
Altro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	
Totale	**2.815**	**100,0%**	**2.735**	**100,0%**	**2.677**	**100,0%**	**-58**	**-2,1%**

Il numero di parti cesarei primari rimane un dato oggetto di monitoraggio sia da parte della Regione, sia dai sistemi di valutazione nazionale. Come riportato dal Piano Nazionale Esiti (PNE), risulta in progressivo miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Tabella: estratto indicatori PNE

Indicatore PNE	valore 2019	valore 2020	valore 2021	valore 2022	valore 2023
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	29	24,6	26,6	23	22,1

Il numero di bambini nati complessivamente nel 2023 è pari a 2.756, di cui 143 con peso inferiore ai 2 kg.

Tabella – N. Nati per peso alla nascita (fonte CEDAP)

Peso alla nascita	Anno 2021		Anno 2022		Anno 2023		Delta 2023/2022	
	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%
<500	5	0,2%	1	0,0%	3	0,1%	2	200,0%
500-999	33	1,1%	41	1,4%	37	1,3%	-4	-9,8%
1000-1499	50	1,7%	23	0,8%	40	1,5%	17	73,9%
1500-1999	87	3,0%	93	3,3%	63	2,3%	-30	-32,3%
2000-2499	210	7,2%	203	7,2%	163	5,9%	-40	-19,7%
2500-2999	527	18,1%	546	19,3%	588	21,3%	42	7,7%
3000-3499	1.120	38,5%	1.085	38,4%	1.027	37,3%	-58	-5,3%
3500-3999	700	24,1%	675	23,9%	689	25,0%	14	2,1%
4000-4499	167	5,7%	149	5,3%	137	5,0%	-12	-8,1%
>=4500	11	0,4%	13	0,5%	9	0,3%	-4	-30,8%
Totale	**2.910**	**100,0%**	**2.829**	**100,0%**	**2.756**	**100,0%**	**-73**	**-2,6%**
Peso inferiore a 2000	**175**	**6,0%**	**158**	**5,6%**	**143**	**5,2%**	**-15**	**-9,5%**

Nel corso del 2023, sono stati inoltre seguiti in Patologia Neonatale altri cento bambini circa provenienti da altri ospedali con patologie che hanno richiesto assistenza intensiva e/o accertamenti diagnostici specialistici.

Attività chirurgica

La ripresa dell'attività chirurgica registrata nel 2021 prosegue negli anni successivi e per l'anno 2023 registra un incremento di atti operatori rispetto al 2022 di circa 3.900. L'incremento riguarda l'attività chirurgica erogata sia in regime di ricovero (aumento di circa 2.000 atti distribuiti su quasi tutte le specialità chirurgiche dell'AOUP), sia in regime ambulatoriale (legati prevalentemente all'attività di oculistica svolta presso l'Ospedale di Piove di Sacco).

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

Anno	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
DescRegime	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Ordinario	31.024	32.945	35.165	2.220	6,74%
Day hospital	6.888	8.334	7.994	-340	-4,08%
Ambulatoriale	23.121	22.491	24.564	2.073	9,22%
Totale	**61.033**	**63.770**	**67.723**	**3.953**	**6,20%**

al netto di Sala Parto e PMA

L'incremento di attività anno 2023 è confermato dal numero di procedure chirurgiche eseguite presso le piastre operatorie, quindi al netto degli atti operatori per procedure interventistiche eseguite fuori sala o a letto del paziente, pari a 1.466 atti in più rispetto all'anno precedente.

Tabella numero atti per piastra operatoria

Anno	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
Piastra	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Total	**41.307**	**43.200**	**44.666**	**1.466**	**3,39%**
050100 - P.O. 2A - IV PIANO MONOBLOCCO	5.071	4.333	4.111	-222	-5,12%
050200 - P.O. 3A - V PIANO MONOBLOCCO	4.541	5.023	5.253	230	4,58%
050300 - P.O. 1B - II PIANO POLICLINICO	1.793	2.038	2.241	203	9,96%
050500 - P.O. 3B - VI PIANO POLICLINICO	66	100	115	15	15,00%
050700 - P.O. 1C - CENTRO GALLUCCI	1.705	1.864	2.515	651	34,92%
050800 - P.O. 2C - EMODINAMICA	4.157	4.026	3.390	-636	-15,80%
051100 - P.O. 1E - ORTOPEDIA	2.797	2.981	3.141	160	5,37%
051200 - P.O. 1F - CLINICA OSTETRICA	1.719	1.897	1.727	-170	-8,96%
051300 - P.O. 1G - CHIRURGIA PEDIATRICA-OSTETRICIA	2.256	2.185	2.357	172	7,87%
051400 - P.O. 1H - NEUROCHIRURGIA	996	1.018	1.129	111	10,90%
051500 - DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	3.779	3.930	4.040	110	2,80%
051600 - P.O. 1A - II PIANO MONO BLOCCO	1.826	2.085	815	-1.270	-16,12%
053400 - P.O. III PIANO POLICLINICO			934	934	
051800 - P.O. 1 PIANO POLICLINICO	2.575	2.605	2.594	-11	-0,42%
051900 - P.O. IV PIANO POLICLINICO	1.614	1.972	2.230	258	13,08%
053200 - P.O. I PIANO OSA	6.412	7.143	7.415	272	3,81%
053300 - P.O. P. RIALZATO POLICLINICO - SALE IBRIDE			659	659	

Nel corso del 2023, è stata attivata la piastra operatoria con sale ibride o sale ad alta tecnologia integrata, in cui si possono effettuare diagnosi e trattamenti chirurgici in un'unica postazione. Le principali procedure chirurgiche~~,~~ eseguite sono principalmente legate alla specialità di Chirurgia Vascolare (circa 90%) e a seguire alle procedure di Cardiochirurgia.

Tabella attività Sale ibride

Anno	2023
Udb	Nr.atti
Total	**659**
012800-CARDIOCHIRURGIA	39
012915-CARDIOLOGIA EMODINAMICA	2
013200-OSTETRICIA GINECOLOGIA	3
016200-CHIRURGIA TORACICA	4
018500-CHIRURGIA VASCOLARE	610
815100-CHIRURGIA GENERALE 2	1

Relativamente all'attività di robotica, il numero di atti operatori dell'anno 2023 è in incremento come già era avvenuto nell'anno precedente, aumentando di 196 casi rispetto al 2022.

Tabella attività robotica

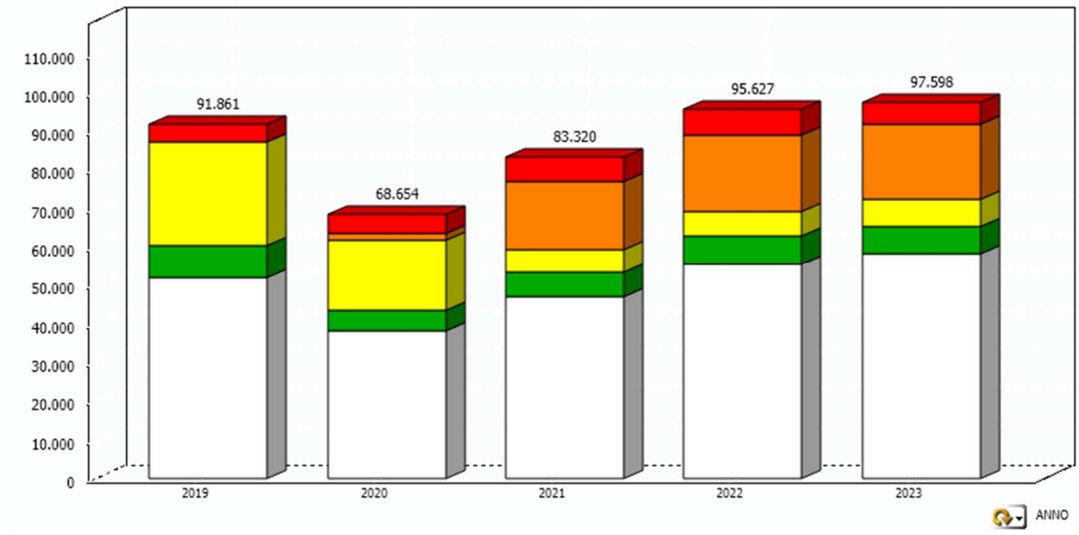
Anno	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
Udb	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Total	**412**	**543**	**739**	**196**	**36,10%**
010900-UROLOGIA	364	454	558	104	22,91%
802000-UROLOGIA PEDIATRICA	7	4	6	2	50,00%
015200-TRAPIANTI DI RENE E PANCREAS	1	-	-	0	
016200-CHIRURGIA TORACICA	23	20	34	14	70,00%
017200-CHIRURGIA PEDIATRICA	11	24	19	-5	-20,83%
017900-OTORINOLARINGOIATRIA	5	22	34	12	54,55%
815100-CHIRURGIA GENERALE 2	-	1	24	23	2300,00%
817600-CHIRURGIA GENERALE 3	1	18	64	46	255,56%

Attività del Pronto Soccorso

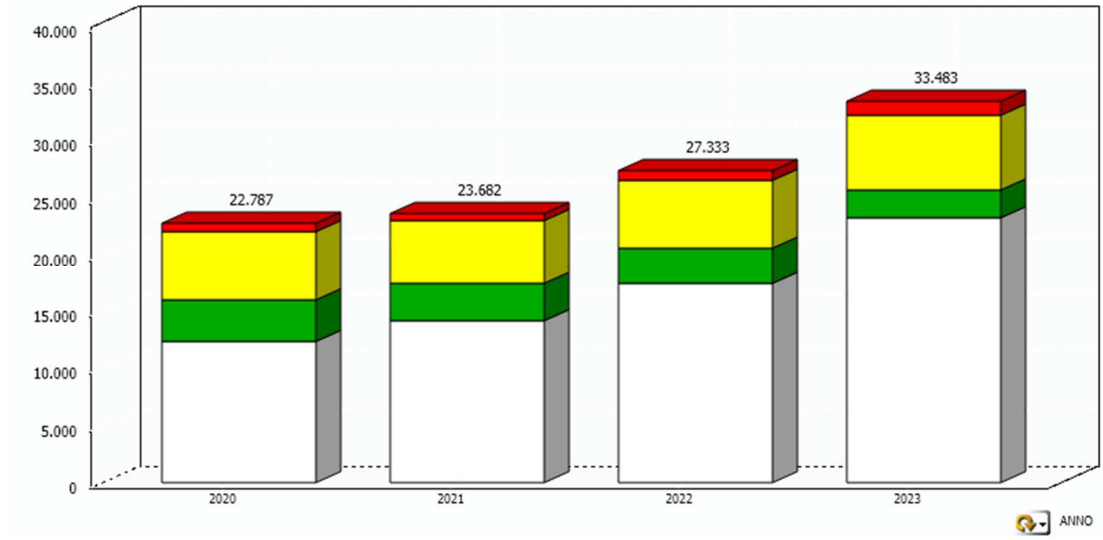
Il numero di accessi presso il Pronto soccorso Centrale e l'Osa sono complessivamente più di 131 mila nell'anno 2023 ed equivalgono a +6,6% rispetto al 2022.

Tabella e grafico: accessi Pronto Soccorso Centrale e OSA

PS Centrale



PS OSA

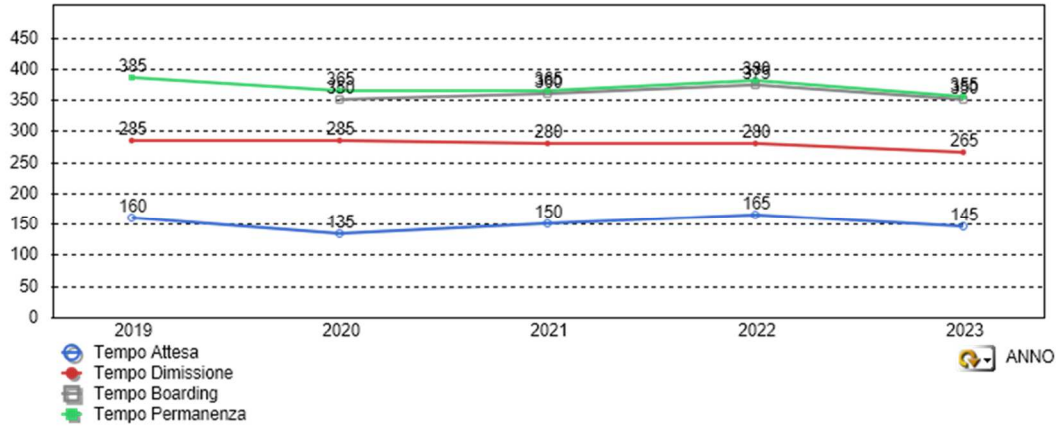


In aumento sono principalmente i codici bianchi (+11,9% rispetto al 2022), quindi pazienti non a rischio, con basso grado di sofferenza, che potrebbero in molti casi essere orientati in modo più appropriato verso altri setting di cura qualora disponibili.

COLORE_TRIAGE	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
	Num	Num	Num	Num	%
BIANCO	61.151	72.828	81.502	8.674	11,9%
VERDE	9.709	10.484	9.556	-928	-8,9%
GIALLO	11.421	12.562	13.407	845	6,7%
ARANCIONE	17.831	19.656	19.515	-141	-0,7%
ROSSO	6.890	7.430	7.101	-329	-4,4%
Totale	**107.002**	**122.960**	**131.081**	**8.121**	**6,6%**

Pur registrando l'incremento nei codici bianchi e verdi, i tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso Centrale e OSA al 90°percentile rimangono sostanzialmente stabili se non in leggera riduzione.

Grafico: PS Centrale e OSA Anni 2019-2023 – Tempi permanenza in PS al 90° perc. (codici bianchi e verdi, escluso OBI)



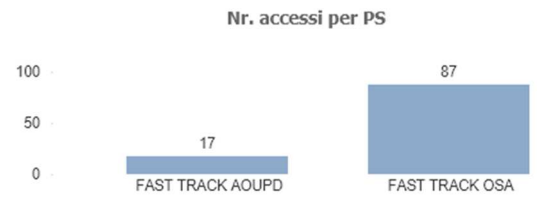
Per quanto riguarda il numero di accessi esitati in ricovero, si segnala complessivamente un aumento del 2,8% rispetto all'anno 2022, pari ad un aumento di 548 casi di ricovero nel 2023.

Tabella: accessi esitati in Ricovero

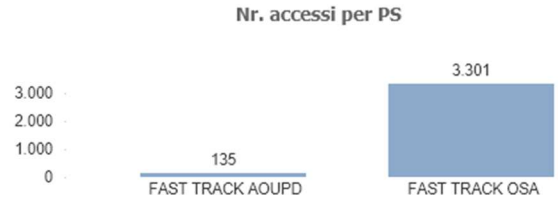
COLORE_TRIAGE	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
	Num	Num	Num	Num	%
BIANCO	4.626	4.768	5.579	811	17,0%
VERDE	2.401	2.416	2.265	-151	-6,3%
GIALLO	3.414	3.646	3.568	-78	-2,1%
ARANCIONE	4.393	4.257	4.259	2	0,0%
ROSSO	4.462	4.478	4.442	-36	-0,8%
Totale	**19.296**	**19.565**	**20.113**	**548**	**2,8%**
% Ricovero	**18%**	**16%**	**15%**		

Per il Pronto soccorso adulti, da dicembre 2022 è stato implementato il percorso di fast track che viene attivato per gli accessi che richiedono la presa in carico degli specialisti di Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Oculistica e Oculistica OSA.

Anno 2022



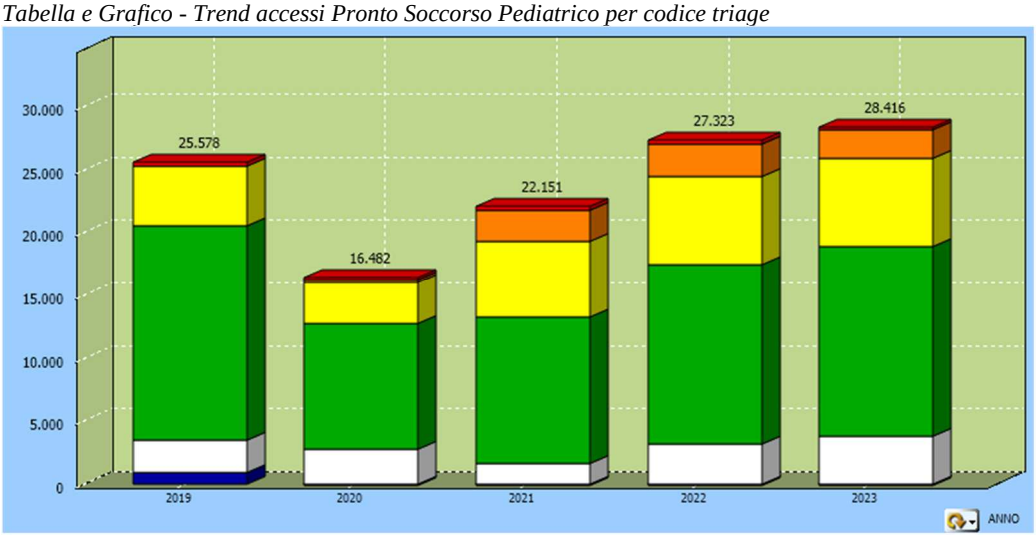
Anno 2023



Nel 2023, gli accessi in fast track sono stati pari a 3.436 con una prevalenza di casistica rivolta alle specialità ORL e Dermatologia in PS Centrale e Oculistica in PS OSA.

Relativamente agli accessi in Pronto Soccorso Pediatrico, l'andamento è simile al Pronto Soccorso Adulti in quanto anche per i bambini il numero degli accessi avvenuti nel 2023 aumenta del 4% rispetto all'anno precedente e sono prevalentemente codici bianchi.

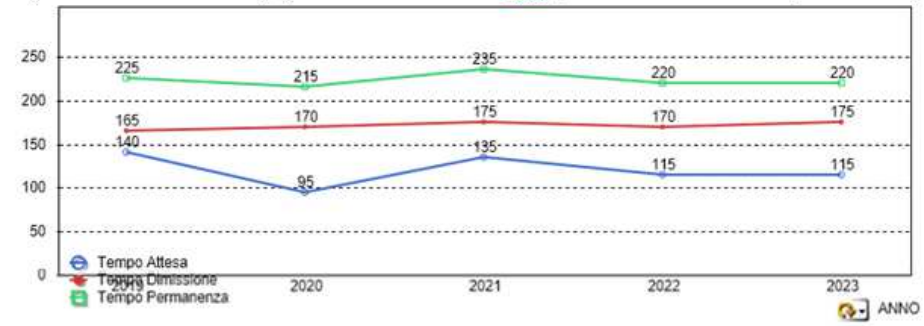
Tabella e Grafico - Trend accessi Pronto Soccorso Pediatrico per codice triage



COLORE_TRIAGE	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
	Num	Num	Num	Num	%
BLU	6	14	10	-4	-28,6%
BIANCO	1.658	3.134	3.771	637	20,3%
VERDE	11.599	14.371	15.104	733	5,1%
GIALLO	6.037	6.936	6.980	44	0,6%
ARANCIONE	2.540	2.588	2.277	-311	-12,0%
ROSSO	311	280	274	-6	-2,1%
Totale	**22.151**	**27.323**	**28.416**	**1.093**	**4,0%**

Anche se in aumento sia i codici bianchi che verdi, i tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso Pediatrico sono in linea con gli anni precedenti.

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



Diversamente, dall'andamento degli adulti, gli accessi esitati in ricovero diminuiscono di circa 200 casi.

Tabella: accessi esitati in Ricovero

COLORE_TRIAGE	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
	Num	Num	Num	Num	%
BLU		1		-1	-100,0%
BIANCO	28	57	42	-15	-26,3%
VERDE	345	379	377	-2	-0,5%
GIALLO	633	731	717	-14	-1,9%
ARANCIONE	724	781	639	-142	-18,2%
ROSSO	167	138	115	-23	-16,7%
Totale	**1.897**	**2.087**	**1.890**	**-197**	**-9,4%**
% Ricovero	**9%**	**8%**	**7%**		

Complessivamente, quindi, il numero di accessi al Pronto Soccorso in AOUP è pari a 159.497 di cui 22.003 esitati in ricovero.

PS ADULTI E PEDIATRICI

PS	2021	2022	2023	Delta 2023/2022	
	Num	Num	Num	Num	%
Centrale + OSA	107.002	122.960	131.081	8.121	6,6%
Pediatrico	22.151	27.323	28.416	1.093	4,0%
Totale	**129.153**	**150.283**	**159.497**	**9.214**	**6,1%**

di cui esitati in Ricovero	**21.193**	**21.652**	**22.003**	**351**	**1,6%**

Principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari

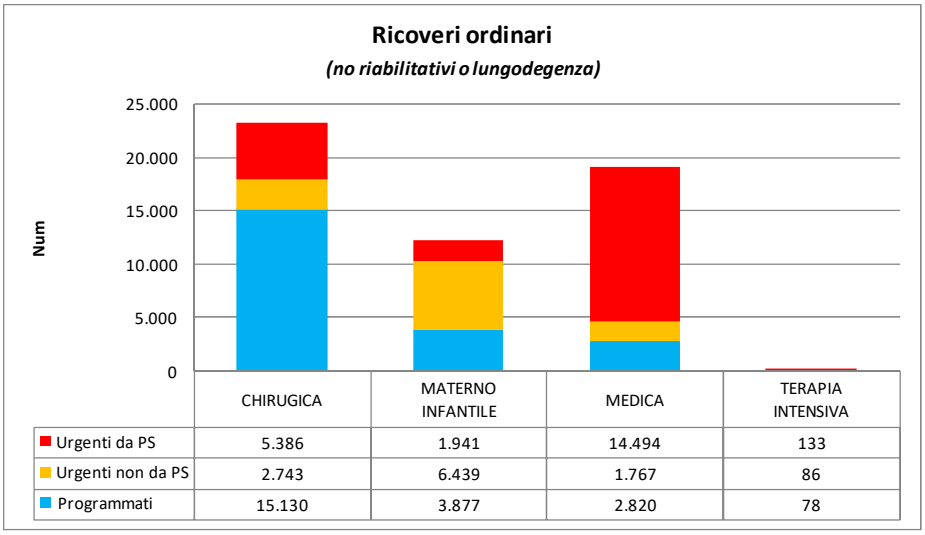
Analizzando i principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari al netto dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza degli ultimi tre anni, si segnala una percentuale di casistica complessa 2023 in aumento di due punti percentuali rispetto all'anno precedente ed una leggera contrazione dei ricoveri urgenti, segnale di una progressiva ripresa dell'attività programmata.

Tabella - Indicatori ricoveri ordinari al netto dei ricoveri riabilitativi

INDICATORI RICOVERI ORDINARI (v.a., %)	2021	2022	2023
% ricoveri con DRG complicato	10,80%	10,99%	12,89%
% ricoveri urgenti	64,71%	62,77%	60,10%
% ricoveri urgenti transitati da P.S.	41,84%	41,34%	39,99%
% ricoveri urgenti non transitati da P.S. sul num. Di ricoveri urgenti	35,35%	34,14%	33,45%
% ricoveri brevi con DRG medico e degenza 0-2 notti su DRG medici	23,78%	25,24%	24,25%

Come per gli anni precedenti, la percentuale prevalente di casi urgenti coinvolge l'area medica.

Grafico- Distribuzione dei ricoveri e provenienza anno 2023



Per quanto riguarda la dotazione di posti letto attivi nel corso del 2023, si segnala una leggera contrazione nel numero medio di posti letto ordinari di circa 10 unità e una degenza media di 7,65 giorni di poco inferiore a quella registrata nel 2022 (degenza media 7,83 giorni), con conseguente miglioramento degli indicatori di utilizzo dei posti letto di degenza ordinaria.

Tabella – indicatori di efficienza, ricoveri ordinari (basati su PL*medi)-al netto della Lungodegenza/ODC

Indicatori di efficienza	2021	2022	2023
posti letto medi	1.434	1.432	1.423
degenza media	8,03	7,83	7,65
degenza media >1gg	9,34	9,23	9,10
rotazione	35,37	36,51	38,64
tasso occupazione	77,78%	78,32%	80,98%
% dimissioni 0-1 g	15,75%	17,05%	17,94%
Peso medio DRG ricoveri ordinari	*1,47*	*1,46*	*1,48*
Peso medio DRG ricoveri ordinari al netto 0-1g	*1,58*	*1,57*	*1,60*
posti letto medi LUNGODEGENZA	38	25	2
ODC (Ospedale di Comunità)		3	26
Hospice pediatrico e Centro Bambino Maltrattato	3+1	3+1	3+1

**incluso PL di Terapia intensiva e culle e al netto di PL lungodegenza/ODC*

A fronte della riduzione della degenza media sopra segnalata, anche gli indici di performance migliorano sia per i ricoveri a DRG medico che per i ricoveri a DRG chirurgico.

Indicatori performance	2021	2022	2023
C2A.M Indice di performace degenza media-drg medici	-0,10	-0,09	-0,27
C2A.C Indice di performace degenza media-drg chirurgici	0,47	0,43	0,23

fonte: DWH Regione Veneto

Specialistica

Come per l'attività di ricovero, anche per l'attività di specialistica ambulatoriale, si registra complessivamente un incremento nel valore di circa il 4% rispetto all'anno precedente.

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

Anno	2021	2021	2022	2022	2023	2023	Delta 2023/2022		
Classe Onere/Macro Area	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo	%Importo
Totale	6.791.302	129.166.956,36	6.899.793	125.243.706,62	7.176.449	130.662.035,57	276.656	5.418.328,95	4%
Regime SSN	5.238.555	99.434.818,72	5.523.719	101.454.614,70	5.791.766	106.148.164,05	268.047	4.693.549,35	5%
Branche a visita	1.129.381	44.616.144,17	1.196.657	47.039.767,30	1.279.194	50.131.198,35	82.537	3.091.426,05	7%
Laboratorio	3.896.787	39.273.435,80	4.086.449	37.477.177,20	4.259.513	38.452.933,20	173.064	975.756,00	3%
Medicina Fisica riabilitativa	50.181	624.469,75	62.357	808.417,15	67.451	890.857,10	5.094	82.439,95	10%
Radiologia-Radiodiagnostica	162.206	14.920.769,00	178.256	16.129.253,05	185.608	16.673.180,40	7.352	543.927,35	3%
Regime NO SSN	1.552.747	29.732.137,64	1.376.074	23.789.091,92	1.384.683	24.513.871,52	8.609	724.779,60	3%
Branche a visita	84.429	8.284.057,55	92.291	9.050.791,69	102.304	9.898.728,73	10.013	847.937,04	9%
Laboratorio	1.460.093	21.037.192,74	1.275.338	14.275.892,23	1.273.748	14.134.373,64	-1.590	-141.518,59	-1%
Medicina Fisica riabilitativa	1.797	18.898,95	1.384	16.114,00	1.290	21.288,35	-94	5.174,35	32%
Radiologia-Radiodiagnostica	6.428	391.988,40	7.061	446.294,00	7.341	459.480,80	280	13.186,80	3%

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

In particolare, per la “branca a visita”, si segnala un progressivo aumento sia nelle visite mediche specialistiche, comprese le prestazioni di telemedicina, sia un incremento nelle prestazioni chirurgiche erogate in regime ambulatoriale (dato evidenziato nella precedente tabella relativa al numero di atti operatori per procedure chirurgiche).

Il dato in contrazione è legato all’attività di laboratorio erogata in regime di fatturazione ed è spiegato principalmente dalla progressiva riduzione delle prestazioni relative alla processazione dei tamponi per Covid.

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Il ciclo della performance per l'anno 2023 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano Integrato Attività ed Organizzazione 2023-2025 (DDG n. 215 del 30/01/2023), del Documento di Direttive 2023 (DDG n. 404 del 24/02/2023 e del budget delle unità operative (DDG n. 937 del 12/05/2023). In questo modo, gli obiettivi strategici sono stati articolati in obiettivi operativi aziendali e successivamente assegnati ai Centri di Responsabilità tramite il sistema di budget, così come disposto dalla L.R. 55/1994.

3.1 Gli obiettivi strategici

La Regione Veneto ha definito, con la DGR n. 1702 del 30/12/2022, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari per l'anno 2023.

Per il 2023 gli obiettivi che l'AOUP si è posta, in linea con le direttive regionali, si sono focalizzati sui tempi di attesa, ambulatoriali e degli interventi chirurgici, sul PNRR e sul miglioramento della qualità dell'assistenza.

Riprendendo alcuni obiettivi regionali, la Direzione Strategica aziendale ha definito i seguenti macro-obiettivi che ha assegnato alle UU.OO., definendoli nel Documento delle Direttive:

- migliorare i tempi di attesa, sia relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia per gli interventi chirurgici;
- mantenere una buona performance negli indicatori legati all'assistenza, quali gli standard di qualità del Nuovo Sistema di Garanzia e gli indicatori reti tempo dipendenti, la degenza media, l'attrattività extra-regionale;
- il rispetto dei limiti di costo definiti dalla Regione per gli acquisti dei beni sanitari ed il miglioramento dell'appropriatezza nel consumo di farmaci e dispositivi;
- progetti di edilizia quali progettazione e realizzazione del Nuovo Polo della Salute e progetto della nuova Pediatria;
- attuazione del PNRR per gli interventi su Ospedale di Comunità, Grandi apparecchiature, Fascicolo Sanitario Elettronico e avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali;
- obiettivi relativi a processi di supporto, quali: il rispetto dei tempi di pagamento, il rispetto degli obblighi di pubblicazione nell'Amministrazione Trasparente, il rispetto dei tempi e delle scadenze regionali, le attività propedeutiche all'avvio del SIO, l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, l'anticorruzione, l'internal audit, le pari opportunità e le indagini di customer satisfaction.

Obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare

Con riferimento alla L.R. 56/1994, la Regione ha individuato gli obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare per la valutazione dei Direttori Generali per il 2023 e 2024, definendone i punteggi nella seduta del 30/05/2023 e trasmettendoli con nota prot. 301949 del 05/06/2023.

ID	Obiettivo	
		AO
A	**Gestione Covid e post covid**	**1**
A1	Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)	1
B	**Attuazione della programmazione sanitaria e socio-sanitaria**	**4**
B1	Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)	2
B4	Garanzia del servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di Istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale	2
C	**Trasparenza e comunicazione**	**2**
C1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	1
C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero	1
D	**Liste d'attesa**	**4**
D1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo	4
E	**Bilancio e efficienza**	**4**
E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	2
E3	Rispetto delle disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna.	2
F	**Sistema informativo e sicurezza**	**5**
F2	Implementazione gestione Cyber security	3
F3	Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	2

	Totale punti	**20**

Metodo di valutazione

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

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, (valutazione di competenza della Giunta Regionale per un totale di 80 punti su 100);
- rispetto della programmazione regionale (valutazione di competenza della competente Commissione Consiliare per i restanti 20 punti);

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalle sopracitate DD.GG.RR. n. 693/2013 e n. 2172/2016.

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

- degli incontri di monitoraggio tenuti dalla Regione, ed in particolare dei dati di consuntivo inviati il 5 giugno 2024;
- dei report inviati dalla Regione e dei dati condivisi in Google Drive su singoli obiettivi;
- dei dati dei sistemi informativi regionali (DWH) e aziendali;
- dei monitoraggi effettuati dai referenti aziendali degli obiettivi di budget.

Quanto riportato di seguito rappresenta pertanto un'autovalutazione, che dovrà essere aggiornata alla luce del provvedimento regionale finale di valutazione dei risultati aziendali per il 2023.

Sintesi della performance aziendale

La tabella seguente riporta in modo estremamente sintetico i risultati aziendali, in riferimento agli obiettivi regionali.

Si sottolinea quindi che il punteggio finale potrebbe variare sulla base di diverse valutazioni regionali.

	Punti disponibili	Stima punti ottenuti
Performance complessiva obiettivi regionali	80	72,08
Performance complessiva obiettivi V°Commissione Consiliare	20	20
Performance raggiunta	**100**	**92,08**

Nel 2023 gli obiettivi regionali sono stati suddivisi nelle seguenti aree:

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza;

A - Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;

E - Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari;

Q - Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza.

Di seguito si riporta il dettaglio degli obiettivi regionali, con l'autovalutazione aziendale, ed alcuni obiettivi aziendali.

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza							
S.1	Miglioramento dei tempi di attesa	S.1.D.1	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)	Compartecipazione con ULSS6: % prestazioni erogate su prescritte entro i termini al 31/12/2023 >20% rispetto alla % prestazioni erogate entro i termini al 31/12/2022.	Compartecipazione con ULSS 6. AOUP rispetta la soglia.	0,8	0,8
		S.1.D.3	Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo	Delibera recepimento accordo entro il 31/03/2023	DDG n. 656 del 28/03/2023	14	14
		S.1.D.4	% prestazioni previste dall'accordo con l'azienda sanitaria territoriale erogate entro i tempi previsti per ciascuna classe di priorità	≥ 90% (prestazioni erogate entro i tempi/n°prestazioni previste dall'accordo)	B: 98% D: 96% P: 93%	14	14
		S.1.O.1	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	≥ 90%	ONCOLOGICI: **classe A: 90%,** **classe B: 94%,** classe C: 79%, classe D: 80%, classe E: 76% NON ONCOLOGICI: **classe A: 92%;** **classe B: 90;** classe C: 70%, classe D: 76%, classe E: 80%	11,2	6,16

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S.2	Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34	Monitoraggio mensile trasmesso al Min.della Salute. Avanzamento lavori al 20%	Avanzamento lavori al 31,58%	0,8	0,8
S.3	Perseguimento PNRR M6	S.3.O.1	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	1) ODA su convenzioni Consip attivate; 2) certificato di ultimazione lavori (entro 210gg dall'ODA) propedeutici all'installazione delle GA; 3) verbale di collaudo entro 365gg dall'ODA	Rispetto dei tempi richiesti per attrezzature su convenzioni CONSIP	1,12	1,12
		S.3.D.3	M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	1) approvazione di tutti progetti idonei per l'indizione della gara e assegnazione di almeno n.1 CIG per ogni CUP; 2) stipula dei contratti per la realizzazione; 3) avvio lavori.	Sono stati approvati tutti i progetti (DDG 2118 del 12/10/2022) e assegnati almeno un CUP e un CIG. Contratti stipulati il 24/03/2023 (8°P.OSA) e il 15/09/2023 (9°P OSA). Avvio lavori il 18/07/2023 per 8°P.OSA e il 21/09/2023 per il 9°P.OSA	1,12	1,12
		S.3.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	1) soglia indicizzazione: >=91,08% entro il 30/06/2023; 2) >=71,39% entro il 30/12/2023 (sono compresi i referti amb)	1) Indicizzato gennaio-giugno 91,01%. 2) Per la parte ambulatoriale 73,72% (+2,33%) Trend positivo di indicizzazione in aumento negli ultimi mesi	1,12	1,12

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 32 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		S.3.S.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	Persone che hanno partecipato e superato il test di verifica/persone da formare >=70% (53 persone su 76)	100%	1,12	1,12
		S.3.S.3	Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt	- Rendicontazione almeno mensile su Regis; - doc pre-validazione entro il 12 del mese successivo; - Gantt entro il 10 del mese successivo	Rispettate tutte le tempistiche mensili	1,12	1,12
S.4	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.4.S.1	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	Invio comunicazione data di avvio secondo il cronoprogramma o entro il 31/12/2023 (data spostata al 30/09/2024)	Avvio posticipato	1,6	1,6
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza							
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.O.1	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	<= 20% punteggio pieno; 20%< indicatore<= 25% punteggio parziale	22,2%	2	1
		A.1.O.2	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< = 8%	5/180=2,78%	2	2
		A.1.O.3	Volumi interventi di PTCA	>= 250 interventi annui per struttura di intervento	794	2	2

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 33 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.O._colec	Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Volume >= 100 interventi annui per UO Complessa	Chirurgia Generale OSA: 238 Chirurgia Generale 1: 117 Chirurgia Generale 2: 124 Chirurgia Generale 3: 100 Day Surgery/Chirurgia Bariatrica: 101	0,17	0,17
		A.O._H05Z	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	>= 90% punteggio pieno; 40% <= indicatore < 90% punteggio parziale	94%	0,17	0,17
		A.O._H13C	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>= 80% punteggio pieno; 60% <= indicatore < 80% punteggio parziale al 95%	71%	0,17	0,16
		A.O._C2A.M	C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici	< =-0,30 punteggio pieno; -0,30<Indicatore<=0,35 punteggio parziale	-0,27	0,17	0,16
		A.O._donat1	segnalazione potenziali donatori di organo	>0,7	0,8	0,17	0,17
		A.O._donat2	candidati trapianto rene da donatore vivente	>= 5 coppie valutate	5 coppie valutate	0,17	0,17
		A.O._donat3	percentuale di opposizione alla donazione di cornee	<37,5%	109/310=35%	0,17	0,17
		A.O._H08Za	H08Za - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)	valore compreso tra -3% e +3% o mantenimento livello produttivo 2022; Controllo dei consumi con criteri di appropriatezza	AOUP +15,6% DIMT +7,88%	0,17	0,17

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 34 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		A.O._H08Za_sub1	H08Za_sub1 - "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione. Le discipline chirurgiche da monitorare si limitano a Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia".	>= 15% Invio monitoraggi semestrali	31/07/2023 inviato I° report (prot.50539); 30/01/2024 inviato II° report (prot.7034) Secondo semestre: Ortopedia 26% Cardiochirurgia 15% Urologia 48%	0,17	0,17
		A.O._H08Zb	H08Zb - Autosufficienza di emoderivati (immumoglobine, fattore VIII, fattore IX, albumina)	<-5% o incremento della produzione di plasma (+3%, Trend 18 Kg/1000 ab); Controllo dei consumi dei MPD con criteri di appropriatezza	Plasma AOUP +10%	0,17	0,17
		A.O._H08Zb_sub1	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza sub1) "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito	Invio entro le scadenze del 100% dei report previsti completi in tutte le loro parti (Scheda_H08Za sub 1) ad Azienda Zero	Inviato I° report con prot.50706 del 31/07/2023; II° report con prot. 7489 del 31/01/2024	0,17	0,17
		A.O._H04Z	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<= 15%	0,15	0,17	0,17

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 35 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari							
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	≤ soglie assegnate con Decreto n. 181 del 29/12/2022, poi n.23 del 21/07/2023 (**145.916.276 farmaci+innovativi**)	144.865.359 (-0,7%)	2	2
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	≤ soglie assegnate con Decreto n. 181 del 29/12/2022, poi n.23 del 21/07/2023 **DM 76.868.643 IVD 27.989.611**	DM 88.163.253 (+14,7%) IVD 30.434.511 (+8,7%)	1,4	1
		E.1.S.5	Contributo al mantenimento dei livelli di spesa sul territorio	≤ soglie assegnate con Decreto n. 181 del 29/12/2022.Incontro con ULSS 6 per condivisione piano d'azione. Invio verbale entro 31/7/2023.	Mail 27/04/2023 invio verbali. Incontri: 13/02/2023 DPC, 18/04 AP, 20/04 AIR. Invio relazione 28/03/2024.	0,6	0,6
		E.1.S.6	Costi Sperimentazioni cliniche	1) valore fatture in CRMS>80% di quanto riportato nel questionario annuale di rendicontazione economica; 2) studi 2020-2022 con monitoraggio aggiornato >80%	1) Inserite fatture al 92%; 2) Aggiornati 100% degli studi	0,8	0,8

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 36 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
E.2	Rispetto dei vincoli di costo del personale	E.2.S.1	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	≤ soglie assegnate con DDR n. 34 del 06/04/2023, rivisto con DDR n. 76 del 31/05/2023, rivisto con DDR 137 del 05/10/2023 e rivisto con DDR 58 del 10/04/2024: 303.645.093	302.332.621 (-0,4%)	1,4	1,4
		E.2.S.2	Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	Inviare scheda entro il 15/07/2023. Soddisfazione soglia: 1) completamento entro il 30/06/2023 contrattazione integrativa aziendale; 2) affrontate e definite materie previste per il confronto; 3) data attuazione al sistema degli incarichi dirigenziali	Inviata alla Regione la documentazione richiesta entro i tempi definiti	0,6	0,6
E.3	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.3.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Risultato esercizio 4°trim 2023>=risultato programmato 2023. Oppure: costi (BZ9999+YZ9999) CECT4<=costi CEPA T3 2022 + 2,49%	Sforamento: +6,8% (soglia +2,49%) Giustificati 44 milioni (lo sforamento rispetto alla soglia era di 33 milioni)	2	1
E.4	Efficientamento dei processi amministrativi	E.4.S.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	% pagato oltre i termini: 0% raggiunto al 100%; >0% <=3%raggiunto al 50%; >3% non raggiunto	0,05%	0,50	0,5

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 37 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		E.4.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	≤ -20 gg	-20,54 gg	0,50	0,5
		E.4.S.3	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	100%	Non ci sono in cronoprogramma richieste alienazioni per il 2023.	0,50	0,5
		E.4.S.4	Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	100%	11-14 settembre audit; esito positivo	0,30	0,30
		E.4.S.6	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	Pervenuta una richiesta (prot. 30647/2023) a cui si è risposto (prot. 44045 del 30/06/2023) nei tempi e contenuti richiesti	0,30	0,3
		E.4.S.7	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	1) invio entro il 15/06/2023 dichiarazione dei DG relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità; 2) pubblicazione delle dichiarazioni punto 1; 3) pubblicazione PTPCT e indicazione del RPCT; 4) pubblicazione attestazione OIV su assolvimento obblighi trasparenza; punti 2)3)4) entro il 15/07/2023	Punti 1, 2, 3 inviati screenshot con prot. 36635 del 29/05/2023 Punto 4 inviato con mail del 21/07/2023	0,30	0,3

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 38 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza							
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer	Partecipazione ad almeno il 70% degli incontri	Partecipazione a tutti gli incontri, tranne uno ad agosto	1	1
		Q.6.T.2	Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda	100% soglie indicate (DGR 570/2022): 1) n° impegnative >=10% del 2022; 2) crescita presa in carico delle persone con DNC diagnosticato;n° impegnative controllo >=10% del 2022; 3) n° prestazioni erogate >=30% rispetto al 2022; 4) incremento ore/professionista in ambulatorio CDCD >al 2022	1) +44% (prime visite) di raggiungimento dell'obiettivo; 2) +51% (controlli); 3) +24% dato regionale feb-dic; 4) no personale aggiuntivo.	1	0,5
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Valore ricoveri 2023-valore ricoveri 2022 >=0 in tutte 3 le classificazioni di ricovero: 1) totale valore ricoveri; 2) ricoveri con DRG classe alta complessità; 3) ricoveri dimessi da alte specialità	RAGGIUNTO: 1) +13% 2) +16% 3) +10%	2	2
Q.8	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.8.O.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	>=20%	31,10%	1,2	1,2

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 39 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		Q.8.O.2	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero	>65% punteggio pieno; 40%<=ind>=65% punteggio parziale	70,65%	1,2	1,2
Q.9	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.9.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4% Devono diminuire del 10% (4,7%) i sopra soglia	4,1%	1,2	1,2
Q.10	Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	Q.10.O.4	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	90%; se non si raggiunge la soglia o <150 interventi, inviare scheda Q.10.O.4	97,37% 296 interventi/304	1	1
Q.11	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.11.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	si (come da vademecum) >=90%	93%	1,1	1,1
Q.12	Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	Q.12.S.1	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	≥ 50% Al 31/12/2023 devono essere conclusi almeno il 50% degli eventi formativi programmati	74%	0,8	0,8

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 40 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Q.13	Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Q.13.S.1	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	2) Dispositivo vigilanza: validazione entro 3gg nella rete della Dispos. Vigil. NSIS di tutti gli incidenti gravi ricevuti; 3) riduzione del consumo di antibiotici sistemici >2% rispetto al 2022 (o < media 3 migliori performance) 5) Monitoraggio di un numero minimo di segnalazioni ADR nel 2023 (soglia 322)	2) al 31/12 tutti validati entro 3gg; 3) -5,6% (da 94,1% a 88,8%) rispetto al 2022 5) ADR 448	1	1
Q.15	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.15.S.1	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)	PREMs: avvio indagine entro il 06/03/2023; tasso adesione >35%; tasso risposta >40%; inserimento a sistema di almeno 3 azioni di miglioramento entro il 31/12/2023. Clima org: 3 azioni di miglioramento entro il 30/09/2023	PREMS: avvio indagine 06/03/2023. Tasso adesione 42,5%, tasso risposta 54,9%. Azioni di miglioramento trasmesse il 20/12/2023. Clima Organizzativo-inserite a sistema il 30/09 n.6 azioni miglioramento.	1,3	1,3
Altri obiettivi aziendali							
I.1	Ripristino attività di ricovero	I.1	N° pazienti dimessi	>=volume 2022 (64.333)	66.777		Raggiunto
I.2	Ripristino attività di specialistica	I.2	N° prestazioni per esterni	>=volume 2022 (6.899.793)	7.176.449		Raggiunto

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 41 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
I.3	Ripristino attività interventi chirurgici	I.3	N° atti operatori	>=volume 2022 (63.770)	67.723		Raggiunto
	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia		Rispetto delle tempistiche definite per le grandi opere: nuovo ospedale, Pediatria, Hospice Pediatrico, Ospedale Mamma e Bambino, edificio Polifunzionale	100%	100%		Raggiunto
	Informatizzazione richieste Dispositivi Medici		% del valore dei transiti informatizzati % del valore dei conti deposito informatizzati	100% 85%	100% 85%		Raggiunto
	Anticorruzione		Azioni volte alla prevenzione della corruzione: verifica a campione sui processi mappati Revisione codice comportamento	Almeno 4 casi verificati entro il 31/12/2023 Entro il 31/12/2023	N. 3 processi presso Servizi Tecnici e Patrimoniali e 1 processo presso Direzione Nuovo Polo Ospedaliero. DDG n. 2229 del 21/12/2023		Raggiunto
	Pari opportunità		Attivazione di un progetto formativo su differenze di genere	Almeno 2	Realizzati 3 corsi e l'AOUP ha partecipato ad eventi promossi dalla rete nazionale dei CUG		Raggiunto

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 42 di 81

	OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA 2023	Valore monitoraggio	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	Benessere organizzativo		Attivazione azioni di miglioramento	Almeno 3	1.Incontri all'interno delle UU.OO.; 2. Car pooling; 3. promozione della salute		Raggiunto

deliberazione n. 1240 del 25/6/2024 pagina 43 di 81

Si forniscono di seguito ulteriori informazioni su alcuni obiettivi specifici sopra riportati:

A.1-A.2 – Miglioramento/mantenimento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali

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

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

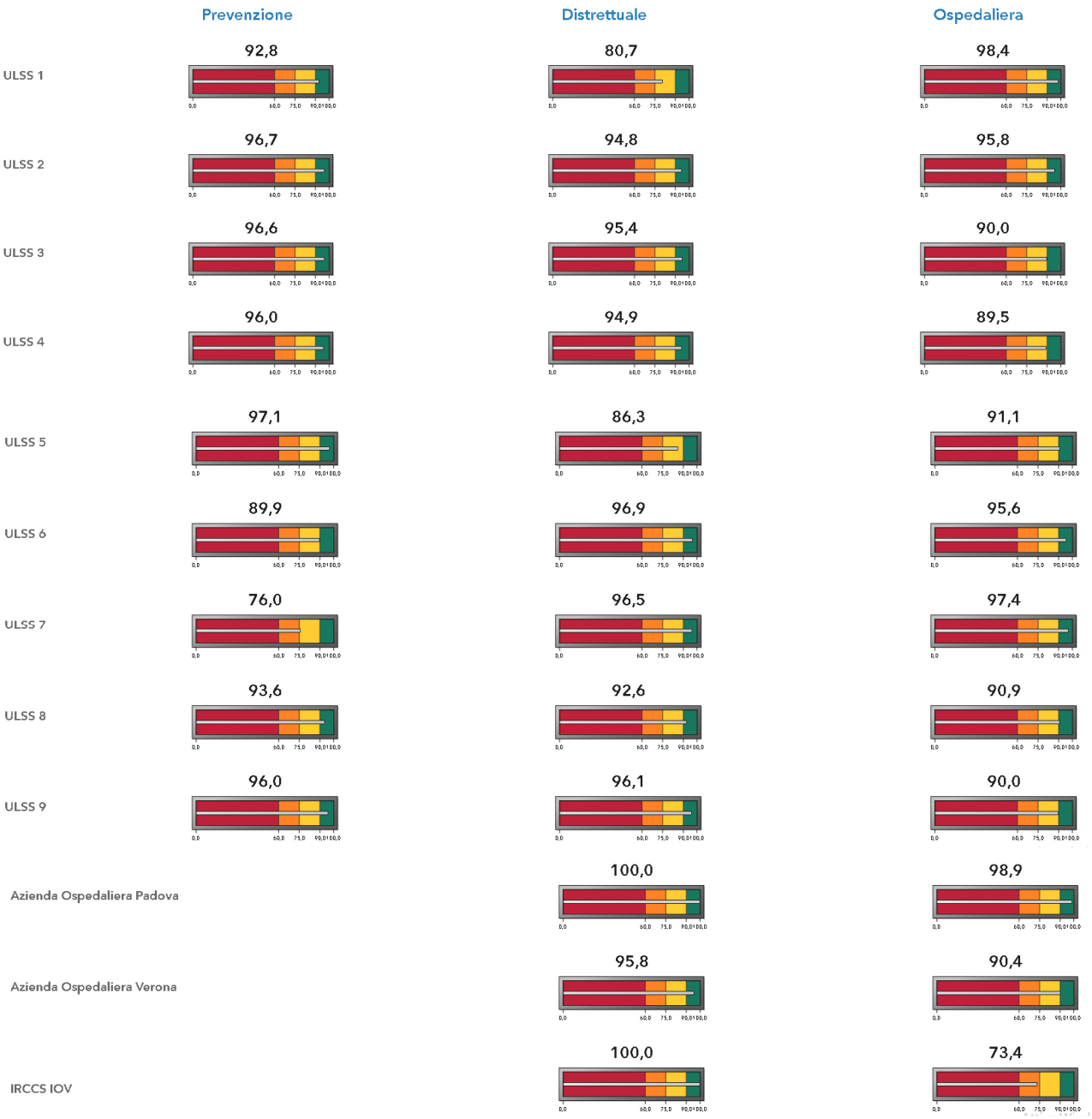
Gli indicatori individuati sono 88:

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

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

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

Nel cruscotto NSG del Datawarehouse regionale sono pubblicati i dati del 2023 relativi alle performance delle Aziende Sanitarie Venete e l'AOUP risulta essere la migliore, come evidenziato dai seguenti grafici che riportano i punteggi complessivi per Azienda suddivisi nelle tre aree:



Gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, rientranti tra gli obiettivi regionali assegnati all'AOUP per il 2023 sono:

- % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; la performance risulta migliorata rispetto al 2022 passando da 23,04% a 22,2%.

Da considerare che questa Azienda rappresenta il centro con maggior numero di parti del Veneto: nel 2023 sono stati effettuati 2.810 parti (*Datawarehouse regionale: volumi DM 70/2015*).

È importante precisare che in base al recente report di Agenas, PNE 2023, riferito ai dati del 2022, risulta come l'Azienda Ospedale-Università di Padova, considerato l'aggiustamento, presenti un tasso di TC primario del 19,33% (valore grezzo del 2022: 23,3%), quindi inferiore alla soglia del 20%.

Proporzione di parti con TC primario, Veneto, 2022

1000 parti/anno

STRUTTURA	N*	%ADJ	RR ADJ	P
Azienda Ospedale – Università di Padova	2837	19,33	0,84	<0,001
Aoui Verona Borgo Trento	2621	21,54	0,93	0,165
Ospedale Di Vicenza	2357	14,54	0,63	<0,001
Ospedale Di Treviso	2345	23,18	1,01	0,916
Ospedale Di Mestre	1868	14	0,61	<0,001
Ospedale Di Santorso	1408	17,11	0,74	<0,001
Ospedale Di Camposampiero	1260	14,58	0,63	<0,001
Ospedale Di San Bonifacio	1158	11,39	0,49	<0,001
Ospedale Di Montebelluna	1062	11,52	0,5	<0,001
Ospedale Di Mirano	1062	23,07	1	0,999
Ospedale Di Bassano	1047	17,51	0,76	0,001
Casa Di Cura Pederzoli	1033	29,99	1,3	<0,001

agenas AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Tale risultato appare particolarmente rilevante in termini di elevata qualità dell'assistenza proposta specie in considerazione del fatto che presso l'UOC di Ostetricia e Ginecologia è attivo il Centro Regionale specializzato di Medicina Materno Fetale per le gravidanze a rischio.

- Indice di performance degenza media- drg medici, che risulta in miglioramento passando da -0,1 nel 2022 a -0,27 nel 2023 (soglia -0,30); si è verificato peraltro che i casi che superano i 100 giorni di degenza sono relativi a casi pediatrici (Patologia Neonatale e Neuropsichiatria Infantile) e psichiatrici. Peraltro per questo indicatore la performance dell'AOUP è la migliore tra le Aziende Sanitarie venete, come risulta dai dati di consuntivo inviati dalla Regione;

- la "proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella" ha una performance molto positiva, la migliore rispetto alle altre Aziende sanitarie venete, con una percentuale del 2,78%, significativamente inferiore alla soglia dell'8%;

- positiva anche la performance in termini di volumi sia per gli interventi di PTCA sia per le colecistectomie laparoscopiche per singola struttura; nel 2023 l'AOUP ha fatto 690 colecistectomie laparoscopiche, collocandosi al primo posto tra le Aziende sanitarie venete;

- sulla "percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario" è stato fatto un attento lavoro che ha portato ad un miglioramento rispetto al 2022 da 65,1% a 71% nel 2023;

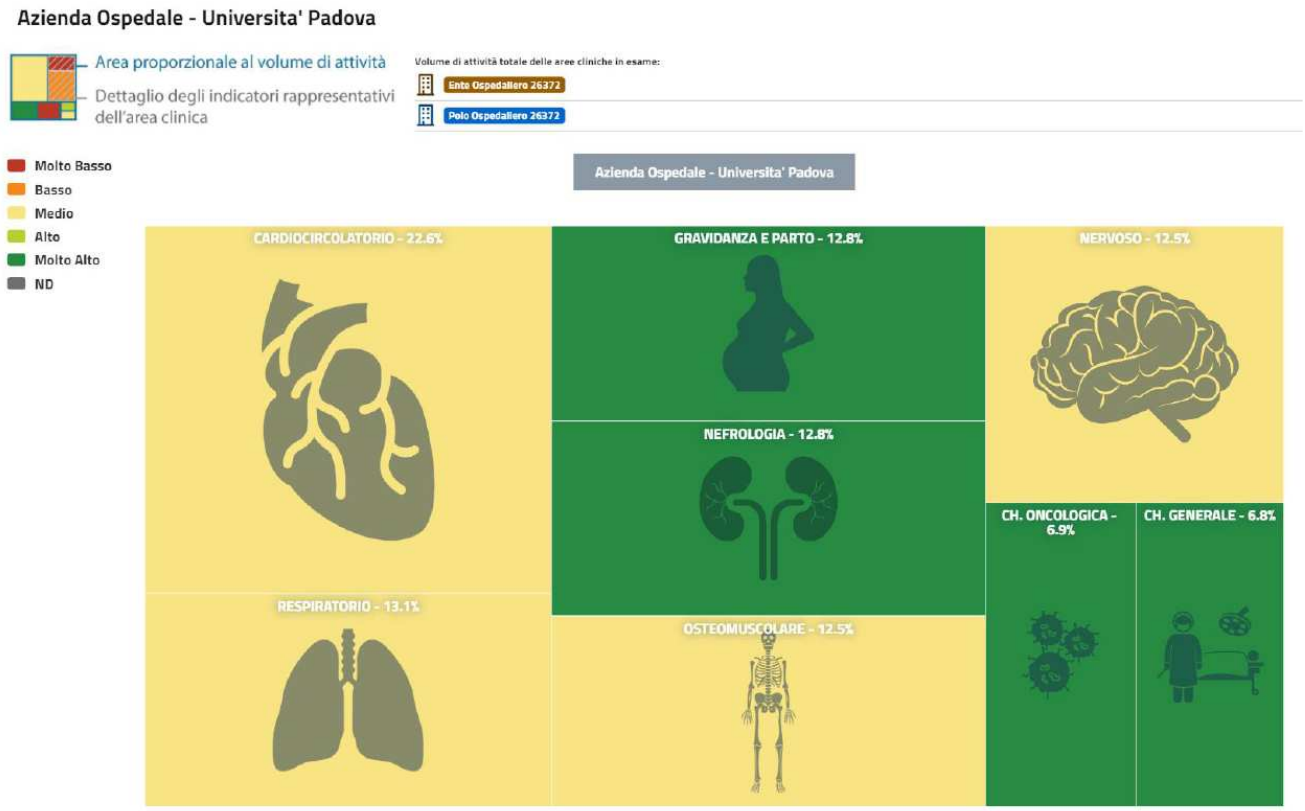
- "rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario" ha una percentuale uguale alla soglia del 15%;

- anche per i 3 indicatori sulle donazioni l'AOUP ha una performance positiva: i potenziali donatori di organo in Terapia Intensiva sui posti letto in T.I. superano la soglia del 70%; le coppie segnalate per la donazione di rene sono 5, come richiesto dalla soglia; per la % di opposizioni alla donazione di cornee la performance risulta positiva con un valore del 35%, rispettando la soglia massima del 37,5%, anche se, nel database del Centro Trapianti gli operatori dell'AOUP hanno fatto un errore di inserimento dei dati in 53 casi registrandoli come mancato consenso alla donazione, anche se i tessuti oculari non erano idonei alla donazione.

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

Il PNE nasce come strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Ha l'obiettivo di valutare e misurare le performance delle strutture ospedaliere, 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.

Con il Treemap, strumento di valutazione sintetica, ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del PNE sia sulla base di un'analisi sintetica per area clinica, operata tenendo conto della validità e del peso differente di ciascun indicatore. Di seguito si riporta il Treemap attualmente disponibile nel sito del PNE per l'AOUP riferito ai dati del 2022:



E nella tabella seguente vengono riportati i dati grezzi forniti da Azienda Zero sull'AOUP relativamente agli indicatori del PNE degli ultimi anni:

Indicatore PNE	valore 2019	valore 2020	valore 2021	valore 2022	valore 2023	↑Indicatore migliorato; ↓indicatore peggiorato
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	10	11,2	11,3	9,8	8,7	↑
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	37,6	36,1	34	31,6	36,1	↑
IMA STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti				35,4	70,6	↑
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,5	10,4	9,2	10,4	10,2	↑
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,5	2,2	2,6	2,4	1,2	↑

Indicatore PNE	valore 2019	valore 2020	valore 2021	valore 2022	valore 2023	↑Indicatore migliorato; ↓indicatore peggiorato
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	3,1	3,4	1	2,5	2,9	↓
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,8	1,6	1,2	0,7	1,4	↓
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	5,5	8,3	11,7	11,5	7,1	↑
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,7	2,2	1,7	1,8	1,5	↑
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,7	9,6	11,3	10,1	8,4	↑
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	86,6	88,1	90,2	93,5	94	↑
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	85,2	74,2	56,6	60	98,4	↑
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	93	93,5	76,4*	97,9	97,4	↓
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	8,4	3,9	6,8	3,3	2,8	↑
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,5	0,5	0,4	0,6	0,4	↑
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	2,4	0,7	1,5	0,9	1,9	↓
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	2,4	1,6	2,5	3	3,4	↓
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	29	24,6	26,6	23	22,2	↑
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,6	0,8	0,5	0,6	0,9	↓
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,7	1,1	1	1,4	1,3	↑
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	79,2	83,2	80,6	82,9	83,2	↑
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore				65,1	71	↑
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3	2	2	2	3	↓

Nel 2023 c'è stato un ulteriore miglioramento negli indicatori di area cardiologica, tanto che 3 indicatori su 7 son passati nella fascia di performance superiore e in particolare l'indicatore sull'IMA, percentuale di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti è passato dalla fascia arancione a verde. A tal proposito si fa notare che questa AOUP si è adoperata molto nel 2023 conseguendo un significativo miglioramento dell'indicatore dell'IMA STEMI (obiettivo regionale). Infatti, al fine di migliorare i tempi di trattamento dei pazienti con STEMI, il percorso clinico è stato oggetto di uno stretto monitoraggio da parte della Direzione mediante la rilevazione quotidiana dei tempi di trattamento (door-to-PTCA), incontri settimanali con i Direttori delle UU.OO. coinvolte (Pronto Soccorso, Cardiologia, UCIC, Emodinamica) e meeting sui singoli casi clinici in caso di tempi prolungati di trattamento (>90 min). Ciò ha portato nel corso dell'anno ad un sensibile miglioramento della performance aziendale, con il conseguimento di valori dell'indicatore superiori al 70%.

Permangono in fascia alta gli indicatori di area chirurgica e ortopedica. Per quanto riguarda gli indicatori di area materno-infantile, l'AOUP è migliorata ulteriormente sulla proporzione di parti cesarei primari (vedasi sopra), ed è peggiorata sulle complicanze dei parti naturali.

E.S.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari

- **acquisti diretti farmaci**:

Nonostante l'incremento del numero dei pazienti, l'AOUP è riuscita a rispettare il tetto dei costi degli Acquisti diretti dei Farmaci, con una spesa inferiore al tetto di circa 1 milione di Euro.

- **dispositivi medici**:

Lo scostamento rispetto al tetto dei costi dei Dispositivi Medici è stato di Euro 11.294.610 (+14,7%). Si riportano di seguito alcuni fattori che giustificano questo sforamento:

- Complessivamente, nel 2023, l'AOUP ha incrementato il valore della produzione per l'attività di ricovero chirurgica e medica rispetto al 2022 di Euro +17.170.324 (+6%). L'aumento dell'attività chirurgica si è concentrato in alcune aree specialistiche ad alto assorbimento di risorse, e ciò giustifica circa 3,1 milioni di Euro dell'eccedenza di costo rispetto al tetto (circa il 23% della spesa DM sul valore della produzione).
- Nuova tecnologia in ambito trapiantologico: l'Azienda ha significativamente incrementato l'attività trapiantologica (+15 trapianti di fegato, +9 trapianti di polmone, +18 trapianti di cuore, +27 trapianti di rene e pancreas), grazie anche all'utilizzo dei dispositivi per la perfusione, in particolare per i trapianti di fegato e polmone. L'incremento della spesa per questi DM è stato di Euro 732.598, maggior costo non compreso nelle tariffe DRG applicate in Regione Veneto in quanto antecedenti l'introduzione delle nuove tecnologie di perfusione degli organi, la cui applicazione è necessaria nel caso di trapianti da donatore D.C.D. (a cuore fermo) ed altresì utile in altri casi in quanto permette di candidare all'impiego anche organi cd. marginali.

• Complessità casistica UOC Chirurgia Vascolare: un'osservazione specifica va formulata per la Chirurgia Vascolare che, pur non avendo fatto registrare un significativo incremento di attività in termini di volume di fatturato, evidenzia nel 2023, a confronto con l'anno precedente, in ragione di una più elevata complessità della casistica, un maggior costo unitario per atto chirurgico che si combina ad un'incidenza del costo complessivo dei DM sul valore della produzione particolarmente elevata (85%).

• **Modifiche organizzative**: a partire da giugno 2023 AOUP si è fatta carico dell'attività di oculistica presso l'Ospedale di Piove di Sacco (ULSS 6) per interventi di cataratta.

• **Effetto prezzo medio dispositivi medici**: Si evidenzia infine che una quota significativa del maggior costo riscontrato nel 2023 deve imputarsi ad un fenomeno di incremento dei prezzi.

- **IVD**:

Lo scostamento del costo sostenuto per IVD rispetto al limite è stato di Euro 2.444.900 (+8,7%). Si riportano di seguito alcuni fattori che giustificano lo sforamento per € 4.648.187.

• incremento dell'attività erogata dalla Medicina di Laboratorio, dall'Anatomia Patologica, dalla Patologia Cardiovascolare e dalla Microbiologia. L'aumento di spesa per queste Unità Operative è stato di Euro 2.413.605, (esclusa quella relativa ai tamponi per i pazienti ricoverati); le prestazioni complessivamente erogate dalle suddette UOC, per interni ed esterni, sono aumentate rispetto al 2022 di 722.939 unità corrispondenti ad un importo di € 12.059.440.

• In aggiunta, si evidenziano le seguenti modifiche organizzative che hanno incrementato il costo degli IVD, complessivamente per 3,5 milioni di €:

- acquisti su contratti AOUP di prodotti non più forniti da Azienda Zero;
- trasferimento in AOUP, da giugno 2022, del laboratorio Regionale di Riferimento di Immunologia dei Trapianti dal presidio ULSS 6 di Camposampiero.

E.3.S.1 Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi

Vedasi paragrafo 4.1.1

E.4.S.1-2 Perseguimento dell'efficienza finanziaria

Vedasi paragrafo 4.1.2

S.1: Miglioramento dei tempi di attesa.

S.1.D.3 Stipula di un accordo con l'Azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo.

Nell'ottica di rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente nel territorio dell'Azienda ULSS 6 Euganea, secondo le direttive regionali è stato approvato (DDG n. 656 del 28/03/2023) un accordo con l'Azienda territoriale ULSS 6 al fine di condividere le proprie strategie operative, favorendo una

sinergia interaziendale volta ad implementare l'offerta ed efficientare il sistema di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare per le prestazioni di 2° livello garantite da AOUP.

Nel dettaglio, a fronte di un obiettivo concordato nell'accordo di un incremento del 2% del volume di prestazioni erogate da AOUP alla popolazione residente nell'ULSS 6, è possibile documentare a consuntivo un maggior numero di prestazioni fornite da questa Azienda a utenti residenti nel territorio di riferimento dell'ULSS 6 del 3,4%, a testimonianza di un pieno conseguimento dei risultati previsti (si veda la tabella seguente).

	Anno	2022	2023	Delta Volume	
	specEroPazientiDes	Esterni	Esterni		
specEroTipoErogDes	specEroMonTettiSpecial	Volume	Volume	Volume	%
Total		**4.203.761**	**4.343.075**	**139.314**	**3,3%**
1 - AMBULATORIO	**Total**	**3.156.751**	**3.263.678**	**106.927**	**3,4%**
1 - AMBULATORIO	Branche a visita	657.601	690.674	33.073	5,0%
1 - AMBULATORIO	Laboratorio	2.380.773	2.447.461	66.688	2,8%
1 - AMBULATORIO	Medicina Fisica riabilitativa	51.091	55.203	4.112	8,0%
1 - AMBULATORIO	Radiologia-Radiodiagnostica	67.286	70.340	3.054	4,5%
3 - PRONTO SOCCORSO	**Total**	**1.047.010**	**1.079.397**	**32.387**	**3,1%**
3 - PRONTO SOCCORSO	Branche a visita	169.874	184.405	14.531	8,6%
3 - PRONTO SOCCORSO	Laboratorio	797.329	812.100	14.771	1,9%
3 - PRONTO SOCCORSO	Medicina Fisica riabilitativa	67	64	-3	-4,5%
3 - PRONTO SOCCORSO	Radiologia-Radiodiagnostica	79.740	82.828	3.088	3,9%

Inoltre, in merito al potenziamento ed efficientamento del percorso di presa in carico da parte degli specialisti prescrittori di AOUP, l'accordo prevedeva di raggiungere una percentuale di presa in carico per l'anno 2023 pari al 55% delle impegnative prescritte da specialisti afferenti all'Azienda Ospedale-Università Padova, ad esclusione delle prescrizioni eseguite dai Pronto Soccorso e dal Laboratorio. A tal proposito, AOUP ha garantito per l'anno di riferimento una percentuale di presa in carico pari al 66% delle impegnative prescritte da propri specialisti, come riportato nella tabella seguente:

Report ricette dematerializzate 2023
Afferenza utente Ulss "zona Padova", escluse prestazioni del Laboratorio e i Pronto Soccorso
Ultimo Aggiornamento: 24/12/2023 19:30:04

Ricette Prescritte dal 01/01/2023

Classe Priorità	Total	B	D	U	P	Non Def.
Nr Ricette Prescritte	**329.671**	18.677	22.908	1.957	43.916	242.213
Nr Ricette Erogate	**140.252**	5.679	6.710	1.557	25.276	101.030
% Erogate	**42,5%**	30,4%	29,3%	79,6%	57,6%	41,7%
Non Erogate	**189.419**	12.998	16.198	400	18.640	141.183
Impegnate	**77.400**	4.517	5.096	40	5.441	62.306
% Erogate o Impegnate	**66,0%**	54,6%	51,5%	81,6%	69,9%	67,4%

Con l'intento di perseguire l'efficientamento del sistema di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, AOUP e ULSS 6 Euganea hanno inoltre calendarizzato ed effettuato incontri mensili, in un processo di condivisione continua, per concordare le strategie interaziendali di gestione dell'offerta, identificando le opportune soluzioni in risposta alle criticità emerse. Tale costante confronto ha consentito di ottimizzare l'offerta in rapporto alle esigenze espresse dalla popolazione.

Infine, nell'ottica di collaborare all'obiettivo comune di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, sono stati istituiti gruppi di lavoro interaziendali costituiti dalle rispettive Direzioni Sanitarie, da

specialisti ospedalieri, Medici SAI e MMG, il cui intento è stato quello di valutare eventuali criticità ed individuare le opportune strategie di condivisione con tutti i medici prescrittori.

Si è partecipato inoltre ai lavori dei tavoli di confronto istituiti dall'Ordine dei Medici della provincia di Padova con l'intento di favorire l'appropriatezza e l'accessibilità alle cure da parte degli utenti.

Il notevole impegno sul miglioramento dei tempi di attesa ha portato nel 2023 l'AOUP a rispettare pienamente le tempistiche delle priorità delle prestazioni erogate, come emerge dal cruscotto regionale: 100% per prestazioni di classe B, 100% per quelle di classe D e 98,4% per la classe P.

Sono state inoltre rispettate le disposizioni regionali in merito ai pre-appuntamenti (prestazioni che rientrano in liste di attesa parallele in cui l'utente viene collocato quando ha telefonato al Centro unico di prenotazione per prestazioni che non sono disponibili o con agende parzialmente chiuse) con il loro azzeramento per le prestazioni con classe di priorità B e la riduzione per le classi D e P.

Un ulteriore specifico indicatore richiesto dalla Regione riguarda i tempi di refertazione in anatomia patologica per patologie oncologiche; la disposizione prevede il rispetto dei 20 giorni per almeno il 90% dei referti. L'AOUP ha pienamente raggiunto l'obiettivo con il rispetto dei 20 giorni di refertazione per il 99,2% dei referti.

S.1.O.1 % DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici

Il notevole incremento di attività, già evidenziato nei paragrafi precedenti, soprattutto nell'area chirurgica, ha consentito di migliorare in modo significativo il rispetto dei tempi di attesa per tutte le classi di priorità, sia per quanto riguarda i tempi di attesa oncologici sia per quanto riguarda i tempi di attesa per interventi non oncologici. Si è infatti passati da una valutazione regionale pari a 0% nel monitoraggio di ottobre 2023, al pieno raggiungimento delle soglie previste per le classi di priorità a maggior impatto clinico sui pazienti, classi A e B sia oncologici che non-oncologici, con il raggiungimento del risultato complessivo del 55% dell'obiettivo a fine anno. Tale risultato è stato raggiunto grazie ad una serie coordinata di interventi volti a garantire la priorità per le casistiche più critiche con azioni quali: organizzazione di incontri formativi con le UU.OO. per il miglioramento e la standardizzazione dei criteri di assegnazione delle priorità, quotidiano monitoraggio dei pazienti candidati ad intervento al fine di evidenziare eventuali criticità organizzative, attenta programmazione degli interventi in considerazione delle urgenze.

L'Azienda ha necessariamente investito sull'attività di miglioramento delle classi di priorità a maggior gravità e probabilità di evoluzione nel breve termine quali le classi di priorità A e B; tuttavia si rileva che anche le restanti classi di priorità (C, D, ed E,) sia oncologiche che non oncologiche, pur non avendo raggiunto la soglia prefissata dall'obiettivo, sono risultate complessivamente in miglioramento rispetto all'anno precedente. Il miglioramento è rilevabile su tutti gli indicatori più significativi di riferimento per il monitoraggio delle liste di attesa; più in particolare si rileva che è incrementato il

numero dei casi trattati per singola classe di priorità, è migliorato il tempo complessivo dei giorni di attesa sia entro soglia che oltre soglia.

Q.7.O.1 Mantenimento attrazione per pazienti extra regione specifico per azienda sanitaria

Vedasi paragrafo 2.2

Q.8 Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti

Q.8.O.1 Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia

Anche nel 2023 rimane alta la performance dell'obiettivo sull'ictus, "proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia" che ha mantenuto una buona performance, 31%, di gran lunga superiore alla soglia del 20%, grazie al gruppo di lavoro costituito sull'ictus, sulla base della normativa regionale.

La presenza di una Rete ictus a livello regionale, secondo quanto riportato dagli ultimi Piani Socio Sanitari Regionali, ovvero i PSSR 2012-2016 e 2019-2023, è prevista dal Decreto Ministeriale 2/04/2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che peraltro stabilisce dei requisiti sovrapponibili a quelli proposti dal provvedimento istitutivo della Rete ictus del Veneto del 2008 e che è stato recepito con il DGR n. 1527 del 3/11/2015.

Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 27 del 8/03/2019, successivamente modificato dal Decreto n. 36 del 5/04/2019, è stato istituito il Coordinamento Regionale della Rete Ictus, secondo quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, di cui alla Legge n. 48 del 28/12/2018.

La Rete ictus risulta organizzata su ospedali di primo e secondo livello ("hub e spoke"):

- **HUB Unità Ictus di 2° livello** (SU-2): sono i Centri specializzati nella cura dell'ictus con spazi dedicati, "Stroke Units" (SU), con letti monitorizzati semi-intensivi, con autorizzazione ad effettuare procedure sia di trombolisi sistemica che di trombectomia meccanica (endovascolare), dotati di palestra dedicata alla neuroriabilitazione e situate in ospedali in cui sono presenti 24/7 le seguenti competenze: Neurologia (team neurovascolare di SU), Neuroradiologia (guardia diagnostica di area vasta; reperibilità endovascolare), Neurochirurgia, Neuro-Rianimazione (team dedicati per assistenza in sala e cure neuro-intensive), Chirurgia vascolare, Neuro-riabilitazione.
- **SPOKE Unità Ictus di 1° livello** (SU-1): sono le Aree dedicate di tipo semintensivo con letti monitorizzati (SU). Sono Centri autorizzati a praticare la trombolisi sistemica previa verifica dei requisiti clinico-radiologici. Sono situate in ospedali dove sono presenti le seguenti competenze, preferibilmente 24/7: Neurologia (SU-1), Radiologia, Rianimazione, Medicina Fisica Riabilitativa. Le SU-1 fanno riferimento ad una SU-2 di un ospedale Hub per la terapia endovascolare e neurochirurgica. Nei pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso e che presentano le indicazioni

cliniche per il trattamento endovascolare, è necessario provvedere all'inquadramento radiologico mediante esecuzione di esami angioTAC/RM.

L'Azienda Ospedale-Università di Padova rappresenta un Centro "Hub" per il trattamento dell'ictus a cui afferiscono vari centri "Spoke".

Nel 2023 ci son stati 227 casi di stroke ischemici con accesso al PS e trattati con trombolisi e/o trombectomia, 134 trattati con sola trombolisi, 44 trattati con sola trombectomia e 49 trattati con trombolisi + trombectomia.

Risulta positiva la performance anche rispetto ai tempi:

	Media	Mediana	Gold standard secondo letteratura
Tempo tra accesso in Pronto Soccorso ed esecuzione della TAC (door to TAC)	36 min	28 min	30 min
Tempo tra accesso in Pronto Soccorso e inizio della trombolisi (door to needle)	58 min	50 min	60 min

Q.8.O.2 STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero

Come sopra già esposto, al fine di migliorare i tempi di trattamento con PTCA dei pazienti con STEMI, il percorso clinico è stato oggetto di uno stretto monitoraggio da parte della Direzione mediante la rilevazione quotidiana dei tempi di trattamento (door-to-PTCA), incontri settimanali con i Direttori delle UU.OO. coinvolte (Pronto Soccorso, Cardiologia, UCIC, Emodinamica) e meeting sui singoli casi clinici in caso di tempi prolungati di trattamento (>90 min). Ciò ha portato nel corso dell'anno ad un sensibile miglioramento della performance aziendale, con il conseguimento di valori dell'indicatore da 37,6% nel primo periodo dell'anno a 71,2% a fine anno.

Q.15 Sviluppo dei progetti di qualità percepita

PREMS – INDAGINE QUALITA' PERCEPITA PAZIENTI RICOVERATI

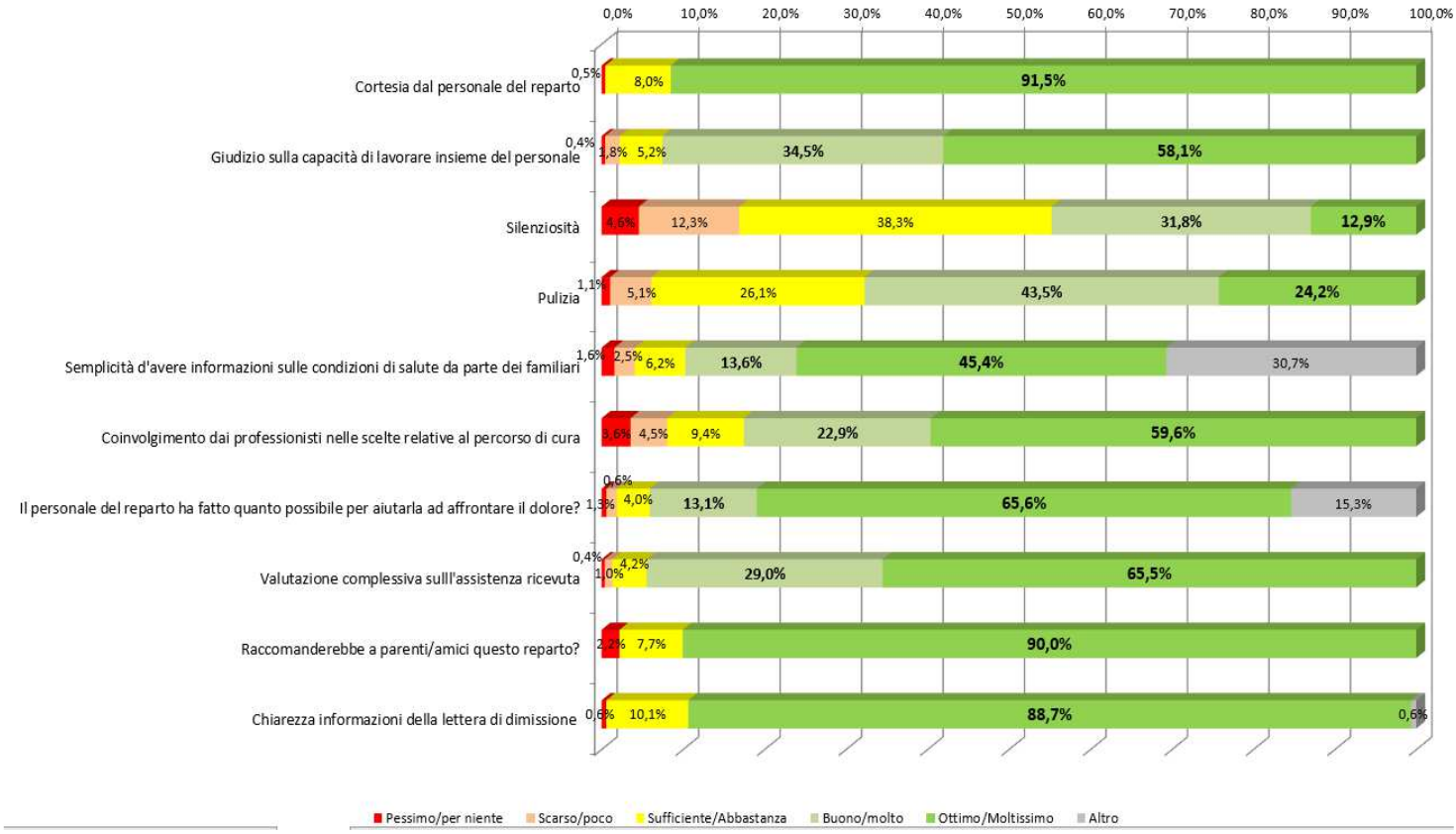
L'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures – Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero) fa parte della campagna "La tua voce per una sanità migliore", un insieme di progetti promossi dalla Regione Veneto, che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, facilitando la loro partecipazione e il loro coinvolgimento.

L'indagine è stata anticipata da incontri formativi/informativi sia con la Regione e Azienda Zero sia con gli operatori interni all'AOUP. È stata avviata in Azienda Ospedale-Università Padova il 6/3/2023,

coinvolgendo i pazienti che hanno avuto un ricovero ordinario, e consiste nella compilazione di un questionario online inviato al paziente dimesso che abbia aderito all'iniziativa.

Il tasso di adesione è stato del 42,54%, mentre il tasso di risposta è stato del 54,94%; sono stati compilati più di 7.000 questionari con un tasso di giudizio buono/ottimo del 79%.

Si riporta di seguito un grafico che illustra (per le domande in cui le risposte rappresentano un grado crescente di soddisfazione) la performance dell'AOUP come risulta dai questionari somministrati ai pazienti nel 2023.



Le barre rappresentate in grigio indicano le percentuali di risposta non rientranti nella gradazione di performance: per es. per quanto riguarda la "semplicità d'avere informazioni sulle condizioni di salute da parte dei familiari, le risposte alternative erano "ero solo e non c'erano con me parenti", oppure "non ce n'è stato bisogno".

Ne emerge la performance positiva dell'AOUP, soprattutto per gli aspetti relazionali, e si rilevano inoltre gli aspetti meno positivi che hanno ispirato le seguenti azioni di miglioramento:

- attivazione di "WiFi Italia", un servizio di WiFi libero, gratuito e sicuro a disposizione degli utenti, capillarmente diffuso nelle aree ospedaliere di Via Giustiniani e dell'Ospedale S. Antonio. L'AOUP si è inserita nel progetto "WiFi Italia", promosso dal Ministero delle Imprese e del Made in Italy, la soluzione alla suddetta criticità. Tale progetto offre non solo la

possibilità di usufruire di una rete capillare WiFi libera e gratuita da parte degli utenti nell'area ospedaliera, ma anche elevati standard di sicurezza.

- realizzazione della campagna di sensibilizzazione "Silenzio, Cura, Comfort: riduciamo il rumore insieme" rivolta ad utenti ed operatori per diminuire la rumorosità negli ambienti di degenza. Tra le azioni individuate per ridurre il disagio dei pazienti, ci si è orientati in due direzioni:
  1) agire sul lato "paziente", sensibilizzandolo ad adottare comportamenti rispettosi del riposo degli altri degenti, come ad esempio tenere il cellulare in modalità silenziosa o con un volume di suoneria molto basso, evitare le chiamate in vivavoce, usare gli auricolari durante l'ascolto di musica o l'utilizzo di videogiochi, utilizzare un tono di voce basso nelle conversazioni con gli altri degenti o con i propri familiari in visita, tenere basso il volume della TV (sia in stanza che nelle aree comuni). Tali comportamenti sono stati riassunti in un poster da affiggere negli ambienti di degenza e da pubblicare nel sito web aziendale.
  2) agire sul lato "operatori", attraverso incontri di sensibilizzazione sul tema, invitando a prestare attenzione, ad es., al tono di voce utilizzato (soprattutto nelle ore notturne), a tenere chiuse le porte delle stanze da una certa ora, alla riduzione del volume della suoneria dei telefoni di reparto, alla gestione delle fonti luminose nelle ore notturne, alla distribuzione dei pazienti nelle stanze, in modo da favorire il più possibile il riposo dei degenti.
- realizzazione di una campagna di sensibilizzazione, rivolta ad utenti ed operatori, volta a migliorare il livello di pulizia negli ambienti di degenza. Di seguito le azioni individuate per ridurre gli aspetti negativi evidenziati dai pazienti:
  1) intensificare l'azione di monitoraggio sul rispetto dei livelli delle prestazioni che devono essere garantite dall'erogatore del servizio;
  2) sensibilizzare operatori ed utenti a mantenere puliti gli ambienti e segnalare situazioni che necessitano di intervento (ripristino).

IRCCS

Nei primi giorni del mese di gennaio 2023, la Direzione Aziendale ha trasmesso alla Regione la versione definitiva della domanda relativa al riconoscimento della qualifica a Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) secondo il D.Lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i. relativamente alle seguenti aree tematiche:

- Pediatria;
- Malattie rare e ad alta complessità biotecnologica.

L'istruttoria per tale riconoscimento, avviata nel mese di febbraio 2022, prevede il possesso di una serie di requisiti, quali personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato, titolarità autorizzazione ed accreditamento sanitari, economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello

tecnologico delle attrezzature, caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del SSN, caratteri di eccellenza dell'attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata, dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati, dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti, certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Lavori edili ed impiantistici

Per quanto riguarda la realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova, il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica, ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016, relativo alla realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero nell'area Padova Est - San Lazzaro, redatto a cura del RTOE (Raggruppamento Temporaneo di Operatori Economici) aggiudicatario, è stato trasmesso alla Regione Veneto il 30/06/2023 per le valutazioni di competenza. In data 20/12/2023 il Presidente della Commissione CRITE (Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia) ha comunicato il parere di coerenza alla programmazione sanitaria sullo stesso progetto di fattibilità tecnica-economica. Nel contempo, con il suddetto PFTE è stato avviato - per tale livello progettuale - l'iter per l'ottemperamento delle condizioni ambientali vigenti nell'ambito dell'acquisita esclusione alla Procedura VIA (Valutazione di Impatto Ambientale).

Per quanto riguarda la riqualificazione del Polo Ospedaliero di via Giustiniani, con DDG n. 1092 del 06/06/2023, si è dato atto dell'aggiornamento del Programma di rigenerazione urbana del Comparto Giustinianeo – Masterplan 2022 – con il recepimento delle osservazioni presentate in relazione all'incontro del Comitato Multidisciplinare - tenutosi il 22 febbraio 2023 - di cui all'Accordo di Programma sottoscritto il 22/04/2020.

Con riferimento allo sviluppo delle singole progettualità collegate alla riqualificazione del Polo Ospedaliero di via Giustiniani, nel mese di giugno 2023 è stato aggiudicato il Servizio di Progettazione di Fattibilità Tecnica ed Economica relativo alla realizzazione del Nuovo Edificio Polifunzionale (Fase 2 – Masterplan) che sorgerà nella sede di via Giustiniani (area ovest), giusto contratto del 22/09/2023, a cui è seguita a stretto giro l'attivazione del servizio di progettazione.

Nel corso del mese di agosto 2023 è stato trasmesso alla Regione Veneto, per le opportune valutazioni, lo Studio di Pre-Fattibilità relativo alla realizzazione di un complesso edilizio da realizzare nell'area ospedaliera di via Giustiniani (Fase 3 - Masterplan), in sostituzione degli edifici Clinica Ostetrica Ginecologica e Divisione Ostetrica.

Con riferimento all'attività del Nuovo Centro Regionale per le Cure Palliative Pediatriche - Hospice Pediatrico, è stato acquisito il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica redatto ai sensi del D.Lgs. n.50/2016 a cura dell'Organizzazione di Volontariato "La Miglior Vita Possibile" nell'ambito del Protocollo

d'Intesa vigente in merito. In particolare, è stato trasmesso alla CRITE in data 29/12/2023 - per le valutazioni di competenza - il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica relativo al primo lotto funzionale corrispondente all'edificio di Via Falloppio - di proprietà dell'AOUP - ove oggi sono presenti alcune funzioni amministrative. Si prevede la realizzazione di importanti lavori di restauro e ristrutturazione per adeguare l'edificio alle esigenze assistenziali e di supporto identificate.

Con riferimento alla realizzazione di un nuovo sito Ultra-High Field Magnetic Resonance Imaging @ 7Tesla, con nota del 17/07/2023 è stato trasmesso alla Regione Veneto per le opportune valutazioni l'aggiornamento dello Studio di Pre-Fattibilità, studio redatto sugli esiti di una consultazione preliminare di mercato svolta in merito.

Nel corso dell'anno 2023, la situazione di contesto con riferimento agli investimenti nel settore socio sanitario è stata caratterizzata dall'avanzamento dei lavori finanziati nell'ambito del D.L. 34/2020 (*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*), con particolare riferimento alla realizzazione di posti letto di Terapia Semi-intensiva (OBI) presso il primo piano del Pronto Soccorso Centrale che sarà conclusa nel 2024.

Con riferimento al finanziamento in argomento, sono in corso di realizzazione ulteriori posti letto mediante l'intervento relativo alla terapia intensiva presso il 6° piano dell'edificio Policlinico, avviato nel 2023, che sarà concluso nel 2025.

Inoltre l'Azienda beneficia anche dei finanziamenti relativi al PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) per la realizzazione di due Ospedali di Comunità da 22 e 28 posti letto ai piani 8° e 9° dell'Ospedale Sant'Antonio. Per quanto riguarda il 9° piano, i lavori sono stati conclusi nel 2023, mentre l'intervento dell'ottavo piano, avviato nel 2023, verrà ultimato nel 2024.

Nel corso del 2023 è stata, inoltre, avviata la gran parte dei lavori per l'installazione delle apparecchiature elettromedicali acquistate nell'ambito dello stesso finanziamento.

Sono, inoltre, proseguiti i lavori per la realizzazione della nuova Pediatria (Fase 1 - Masterplan), avviati a fine 2022.

Iniziative inerenti alle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Per favorire la diffusione di una cultura di genere e delle pari opportunità per i dipendenti la Direzione Strategica ha recepito le indicazioni fornite dalle strategie della Commissione Europea nell'ambito di Horizon Europe in cui viene richiesta da parte dell'ente di ricerca di adottare un Piano di genere, e ha proposto, in collaborazione con il Servizio Nucleo per la Ricerca Clinica e il CUG, il Piano di genere che è stato adottato con apposita delibera.

Il piano per l'uguaglianza di genere è uno strumento programmatico che la Direzione strategica dell'Azienda ha fortemente voluto perché risponde a indirizzi normativi nazionali, promuove azioni e

progetti che riducono la simmetria di genere, è un requisito necessario per poter avere accesso a finanziamenti europei per la ricerca clinica. Più nel dettaglio le attività realizzate lo scorso anno con il supporto organizzativo della Formazione e dei Componenti CUG per garantire le stesse pari opportunità di crescita professionale e in generale per migliorare il clima e il Benessere Organizzativo comprendono:

1 *Attività formative*
2 *Incontri riunioni sull'indagine di clima organizzativo*
3 *Azione avviata in fase sperimentale per la promozione della salute.*

1 Attività formative

Nella figura n. 1 sono riportate tutte le attività realizzate in AOUP nel 2023 in tema di Benessere Organizzativo. Si elencano di seguito:

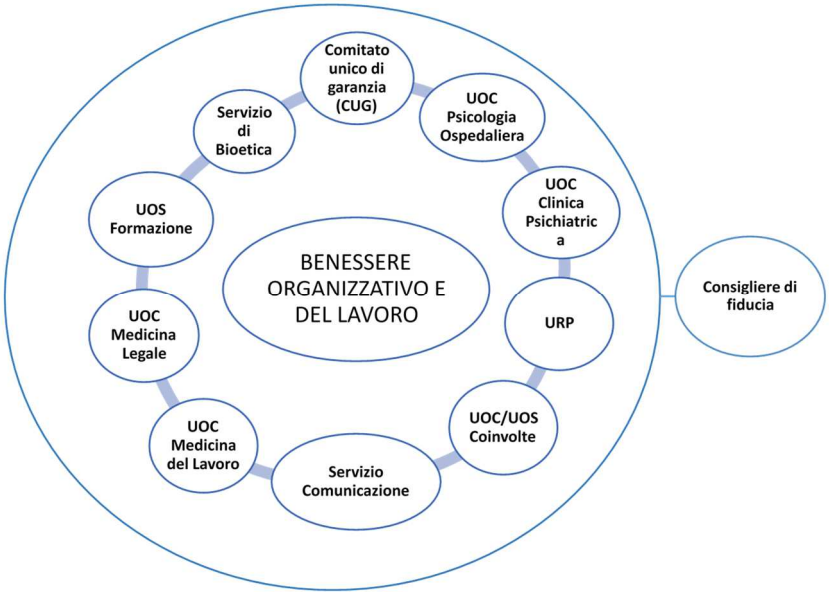
Figura 1. Partecipanti a eventi sul benessere organizzativo realizzate nel 2023 in AOUP

N°	TITOLO EVENTO	DISCENTI TOTALI	DISCENTI MASCHI	DISCENTI FEMMINE	DISCENTI ECM	DISCENTI NON ECM
01	NOTE DI SALUTE	289	22	267	243	46
02	BLSD HEARTSAVER 2023	23	21	2	0	23
03	BIOETICA CARE - PRENDERSI CURA DEL SISTEMA CHE CURA - prima parte.	46	8	38	44	2
04	BIOETICA CARE - PRENDERSI CURA DEL SISTEMA CHE CURA - seconda parte	114	12	102	108	6
05	GESTIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE PER FAVORIRE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO IN CHIRURGIA PEDIATRICA	28	5	23	25	28
06	TAKE CARE YOUR TEAM	21	4	17	19	2
07	TECNICHE DI DEFUSING PER SUPPORTARE I PROFESSIONISTI A CONTENERE GLI EFFETTI DI EVENTI USURANTI	66	9	57	60	6
08	INNOVAZIONE E LA CAPACITÀ DI RICOMINCIARE: MOMENTI DI CONDIVISIONE, DI PRESA DI COSCIENZA IN UNITÀ OPERATIVA PER VALUTARE E PROPORRE NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI, ORGANIZZATIVI E DI EQUIPE	16	5	11	16	0
09	NOTE DI SALUTE	289	22	267	243	46
10	LA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE IN OSPEDALE: FAI LA DIFFERENZIA-TA	373	62	311	308	65
11	AGGRESSIONI E ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEL PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: VALUTAZIONE DEL RISCHIO E STRATEGIE DI PREVENZIONE - INTRODUZIONE AL CORSO	100	13	87	87	0
12	LA SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE IN OSPEDALE: FAI LA DIFFERENZIA-TA	373	62	311	308	65
13	COMPETENZE INTEGRATE PER CONTRIBUIRE A SOSTENERE IL PIANETA	199	31	168	138	61

N°	TITOLO EVENTO	DISCENTI TOTALI	DISCENTI MASCHI	DISCENTI FEMMINE	DISCENTI ECM	DISCENTI NON ECM
14	IL RUOLO DEL COORDINATORE E LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI CRITICHE PER FAVORIRE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO - PRIMA PARTE.	81	24	57	81	0
15	IL RUOLO DEL COORDINATORE E LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI CRITICHE PER FAVORIRE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO - SECONDA PARTE	117	31	86	117	0
16	IL RUOLO DEL COORDINATORE E LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI CRITICHE PER FAVORIRE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO -TERZA PARTE	93	19	74	93	0
89	COMPETENZE INTEGRATE PER CONTRIBUIRE A SOSTENERE IL PIANETA	230	199	31	168	138

L'elenco delle attività realizzate intende confermare quello spirito di interazione tra tutti i servizi ritenuti necessari per assicurare il benessere dei lavoratori (figura 6).

Figura 2. Interazione delle strutture che collaborano in AOUP per il Benessere Organizzativo



Fra le attività formative sopra elencate quella più originale tra quelle proposte è stata quella dal titolo formativo: ***Note di Salute*.**

L'obiettivo del corso è stato quello di trasformare i momenti d'incontro in momenti generativi di salute per contrastare lo stato di frustrazione lavorativa dovuta alla complessità del periodo successivo allo stato emergenziale e presente in molte strutture socio-sanitarie e anche per rasserenare gli animi degli operatori a fronte della nuova situazione di allarme che si sta diffondendo nelle professioni sanitarie conseguente agli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario.

Lo scopo nel creare sessioni musicali di laboratorio attivo con i partecipanti coinvolti al corso è stato indiscutibilmente l'aspetto che ha contribuito a rendere l'iniziativa un successo riconosciuto da tutti i partecipanti al corso.

Altre iniziative significate a cui la Direzione Strategica in collaborazione con la Formazione e i Componenti CUG ha realizzato lo scorso anno E che merita di essere ricordata è stato l'incontro ***"Contribuiamo a Salvare il pianeta"*** tenutosi in aula Morgagni il giorno 16 novembre 2023 con un ospite d'eccezione: il Prof. Telmo Pievani che ha introdotto i lavori con una lezione magistrale. Consumare quello che serve, entrare nella pertinenza delle scelte, inquinare meno e differenziare lo smaltimento dei rifiuti sono stati gli argomenti al centro delle riflessioni promosse all'incontro che ha visto la partecipazione di molte persone sensibili al tema emergente. Infine il corso "VIOLENZA SULL'OPERATORE SANITARIO" ha attivato anche una serie di tavoli tecnici per aumentare le reti di relazioni necessarie per contrastare il fenomeno.

2 Incontri sull'indagine di clima organizzativo

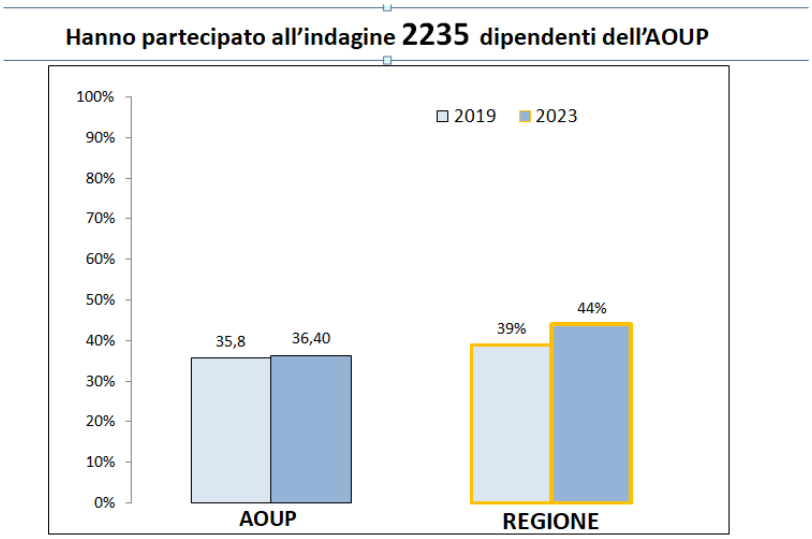
Dal 1 dicembre 2022 al 31 gennaio 2023 in AOUP e in tutte le Aziende del Veneto si è svolta l'indagine di clima organizzativo. All'indagine, condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa la partecipazione è stata volontaria, rivolta a tutto il personale dipendente anche della nostra AOUP.

Il questionario era strutturato in due parti: uno rivolto ai dipendenti, l'altro ai responsabili di struttura semplice/complessa.

Si riporta ora una sintesi dei dati, quelli che hanno suscitato maggiori riflessioni nelle riunioni che la Direzione strategica ha promosso con i vari gruppi di lavoro aziendali (OO.SS. area dirigenza, area comparto, Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Coordinatori delle Professioni Sanitarie, Direttori di Dipartimento), per raccogliere da ciascuno: idee, suggerimenti, proposte finalizzate alla scelta delle azioni di miglioramento da promuovere per migliorare i dati emersi.

Il questionario è stato compilato da 2235 dipendenti, di cui 29 dei rispondenti risultano con responsabilità di struttura e 2206 dipendenti che non ricoprono tale ruolo. Il tasso di risposta all'indagine di clima organizzativo è stato pari al 36%; pur se leggermente superiore a quello conseguito con l'edizione precedente (35% nel 2019), risulta un tasso di risposta di molto inferiore alla media Regionale.

Figura 3. Tasso di partecipazione all'indagine di clima organizzativo dell'AOUP a confronto con la media regionale (2019 vs 2023)



Sulla base dei dati ricevuti da Azienda Zero elaborati dal MES le aree che hanno suscitato maggiori riflessioni nei gruppi di lavoro hanno permesso di orientare le azioni di miglioramento di seguito indicate a beneficio di tutti coloro che lavorano in Azienda.

Le azioni di miglioramento attivate nel 2023 sono:

1. riunioni periodiche promosse dal Direttore di UOC partecipate da tutti i profili della UOC con formazione dei Dirigenti sulla gestione dei gruppi di lavoro;
2. facilitazione della mobilità degli operatori provenienti da fuori sede con l'attivazione del Carpooling;
3. iniziative di counselling per la promozione della salute degli operatori (alimentazione, attività fisica, tecniche di rilassamento).

Per ciascuna delle azioni da implementare è stato individuato un gruppo di lavoro multiprofessionale, definito un cronoprogramma dei lavori monitorati con cadenza periodica sia a livello aziendale che da apposita commissione Regionale.

3 Azione avviata in fase sperimentale per la promozione della salute.

A novembre 2023 sono state promosse e realizzate con la collaborazione del CUG due giornate per la prevenzione dell'arteriopatia periferica per i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera. Il direttore dell'Unità di Angiologia, ha riservato due giornate dedicate allo screening per quei dipendenti che ne avessero fatto richiesta, presso gli Ambulatori della UOC Angiologia. Questi due appuntamenti sono stati il primo passo che Direzione Strategica Aziendale ha fatto rientrare nei benefit aziendali a sostegno della salute dei lavoratori dei propri dipendenti.

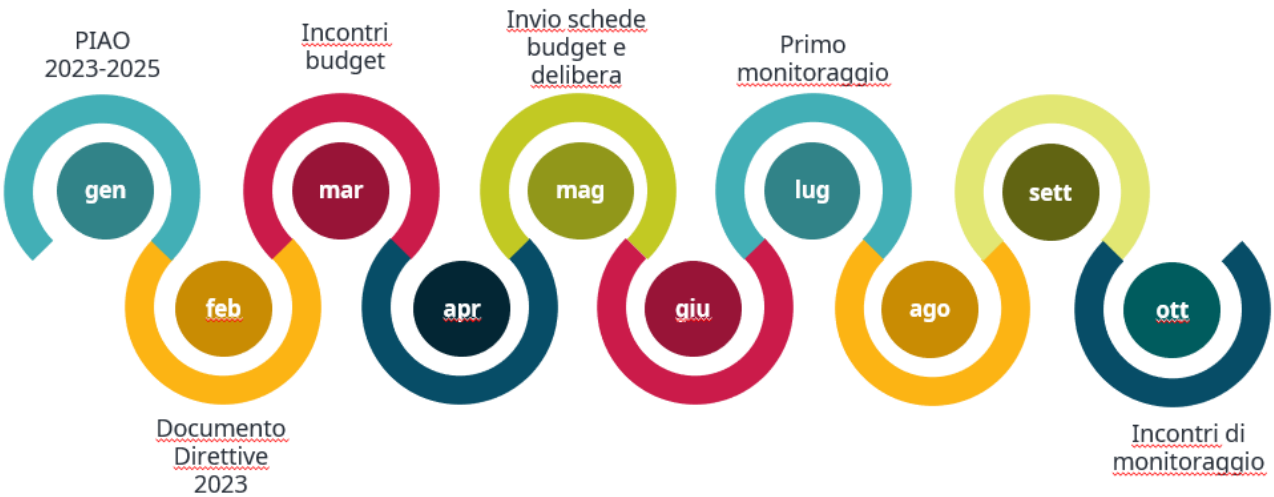
Per quanto riguarda il tema delle **differenze di genere**, nel 2023 si sono realizzate le attività formative indicate di seguito: "Differenza di genere nel linguaggio: incontri di approfondimento", "La medicina di genere: sfide e opportunità. Incontri di approfondimento", "La donna tra gravidanza e maternità: percorsi clinici tra corpo e psiche", si è partecipato alla giornata nazionale contro la violenza di genere il 25 novembre e si è partecipato ad incontri promossi dalla rete nazionale dei CUG (*"Oltre le differenze: formare e raccontare per combattere la discriminazione", "Parità di genere e certificazione"*, "Protagonismo maschile nella lotta contro la violenza di genere").

3.2 Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano Integrato di attività e Organizzazione 2023-2025 sono stati assegnati alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) tramite il processo di budget che ha previsto degli incontri svolti in presenza con i Direttori delle UU.OO. e in videoconferenza con i coordinatori infermieristici, suddivisi per Dipartimento.

Il percorso di assegnazione ha seguito i seguenti passaggi:

- la Regione ha definito con DGR n. 1702 del 30/12/2022 gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle Aziende Sanitarie venete, che sono stati recepiti nel PIAO 2023-2025 e nel Documento delle Direttive (DDG n. 404 del 24/02/2023);
- a marzo 2023 sono stati effettuati gli incontri con i Direttori e i coordinatori delle UU.OO., per illustrare gli obiettivi operativi che sono stati poi declinati per Centro di Responsabilità nelle schede di budget. Queste sono state predisposte dall'UOC Controllo di Gestione, secondo le indicazioni della Direzione, con il supporto delle strutture competenti, e sono state condivise con il Comitato di budget.
- Obiettivi e risorse assegnati, così come formalizzati nelle schede di budget 2023, sono stati approvati con deliberazione del direttore generale DDG n. 937 del 12/05/2023, firmati per approvazione dai Direttori di UU.OO., dai Direttori di Dipartimento e dalla Direzione Strategica e pubblicati in Intranet.



Il primo monitoraggio degli obiettivi è stato inviato alle UU.OO. a luglio e il secondo, effettuato ad ottobre, è stato seguito dagli incontri con le UU.OO. suddivise per dipartimento.

Con nota prot. 22014 del 25/03/2024 si è inviato alle UU.OO il pre-consuntivo del monitoraggio finale delle schede di budget. Si è data l'opportunità alle UU.OO. di analizzare gli scostamenti e produrre eventuali relazioni giustificative. La valutazione finale, attualmente in corso, tiene conto, in alcuni casi, di eventuali motivazioni note all'Azienda o segnalate dai Centri di Responsabilità che sono causa di un mancato raggiungimento dell'obiettivo dovuto a cause esterne. Tali obiettivi sono valutati dai diversi referenti aziendali di obiettivo, che verificano l'esattezza delle giustificazioni, e decidono se:

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

Tali valutazioni saranno successivamente oggetto di verifica da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento e dai regolamenti aziendali, al fine di garantire la correttezza metodologica del processo attuato.

La valutazione dei singoli Centri di Responsabilità è distinta per Dirigenza e Comparto, come previsto dalle linee guida regionali di cui alla DGR n. 140/2016.

È importante considerare che nel corso del 2023 c'è stato un costante monitoraggio e confronto sugli obiettivi di budget, sui dati di produzione e su quelli di costo; è stato svolto dalla Direzione, con riunioni mensili, coinvolgendo professionalità di diverso livello e di diversa formazione (Farmacia, Direzione Medica ed UU.OO. amministrative). Ciò ha generato maggiore consapevolezza e sensibilizzazione in tutti gli operatori coinvolti nei diversi processi. Il percorso svolto è stato puntualmente relazionato e documentato in maniera oggettiva. Con nota prot. 21646 del 22/03/2024 l'Azienda ha inviato una relazione al Direttore dell'Area Sanità e Sociale e al Direttore di Azienda Zero a supporto delle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale evidenziando anche alcune situazioni che richiedono una condivisione regionale.

3.3 Performance individuale – obiettivi individuali

3.3.1 Sistema di valutazione del personale

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

Il Documento Individuale di Valorizzazione adottato in Azienda, articolato per specifica area contrattuale, è strutturato in modo da misurare la performance individuale non solo in termini di

contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi, ma anche per gli aspetti relazionali e di collaborazione con i colleghi, disponibilità al cambiamento e all'innovazione.

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

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

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

Qualora i valutatori ritenessero di esprimere una valutazione non positiva non devono compilare la scheda di valutazione ma devono redigere una specifica relazione sull'attività del valutato. La valutazione negativa impedisce in primis il pagamento della premialità/retribuzione di risultato legata alla valutazione individuale e comporta i conseguenti provvedimenti, previsti dal CCNL di riferimento, relativi all'incarico ricoperto e relativi ad un'eventuale progressione economica.

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

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

C. Procedura dei Ricorsi

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

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

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

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

D. Erogazione delle quote di produttività/risultato

Le quote di produttività/risultato vengono erogate definendo un budget per unità operativa sulla base del raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) e il punteggio della valutazione individuale desumibile dal documento di valorizzazione della professionalità (performance individuale), tenendo conto dei criteri di proporzionamento, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e categoria di appartenenza per il personale dell'area comparto o la tipologia di incarico per l'area della dirigenza).

COMPARTO

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

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

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

Sono state individuate più figure professionali con il compito di esprimere un giudizio sull'attività di ogni operatore, secondo i criteri di seguito descritti per le aree della capacità e della conoscenza, con

l'ausilio di una guida, illustrata nel proseguo della relazione, allo scopo di rendere omogenea a livello aziendale la graduazione della valutazione, considerando la specificità della singola realtà di struttura e a seconda del ruolo rivestito dal singolo.

La valutazione del personale viene effettuata dal Direttore di Struttura supportato da un collaboratore che opera a diretto contatto con il valutato con il quale condivide il giudizio, adottando qualsiasi metodo ritenuto idoneo al fine di esprimere la valutazione più oggettiva.

Area della capacità (relativa alla retribuzione per l'incentivazione alla produttività)

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

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

Criteri area della capacità - Incentivi	
Orientamento al risultato	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.
Impegno, partecipazione e qualità della prestazione	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nell'U.O., portandoli a temine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.
Adattabilità	Disponibilità al cambiamento, determinato dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, atto a migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza, eliminando le rigidità del sistema.

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

Area della conoscenza (relativa alla partecipazione per la Progressione Orizzontale)

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

Tale valutazione determina un valore, desumibile dalla somma dei parametri assegnati per ogni criterio di seguito descritto, che contribuisce a redigere la graduatoria per la progressione orizzontale.

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

Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 2.5, 5, 7.5, 10, fino a raggiungere un valore massimo di 30 punti complessivi.

Collegamento con il sistema premiante

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

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

L'Intesa sottoscritta in data 14/11/2023 con le organizzazioni sindacali conferma i criteri storici presenti nelle precedenti intese sottoscritte, che prevedono l'adozione delle seguenti fasce per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget:

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

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

DIRIGENZA

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

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

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

Collegamento con il sistema premiante

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

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

In continuità con il metodo applicato negli anni precedenti, con l'accordo del 23/2/23 sono state adottate delle fasce per il collegamento dei risultati del budget individuale, come illustrato nello schema seguente:

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

Il budget di ogni singola Struttura viene poi distribuito tra i singoli dirigenti sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione, nonché considerando ulteriori indicatori, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza che comportano la riduzione della retribuzione con franchigia di 10 giorni) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e incarico professionale).

3.3.2 Sintesi delle valutazioni

Il processo di valutazione coinvolge tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedale-Università Padova e il personale convenzionato con l'Università di Padova per un totale di 6874 persone valutate e 7800 Documenti di Valutazione generati.

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

VALUTAZIONI TOTALI

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
COMPARTO	Dip.ti AOP	5333	6023
	Dip.ti Conv. UNI	220	225
	Totale	5553	6248

DIRIGENZA	Dip.ti AOP	979	1159
	Dip.ti Conv. UNI	342	393
	Totale	1321	1552
	Totale complessivo	**6874**	**7800**

VALUTAZIONI PERSONALE AREA DIRIGENZA

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
DIRIGENTI AREA SANITA'	Dip.ti AOP	955	1130
	Dip.ti Conv. UNI	338	389
	Totale	**1293**	**1519**

DIRIGENTI AREA PTA	Dip.ti AOP	24	29
	Dip.ti Conv. UNI	4	4
	Totale	**28**	**33**
	Totale complessivo	**1321**	**1552**

VALUTAZIONI PERSONALE AREA COMPARTO

Profilo professionale	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
Pers. Infermieristico	Dip.ti AOP	3033	3471
	Dip.ti Conv. UNI	11	12
	Totale	**3044**	**3483**

Pers. Tecnico Sanitario/Riabilitazione	Dip.ti AOP	514	547
	Dip.ti Conv. UNI	50	51
	Totale	**564**	**598**

Personale OSS	Dip.ti AOP	1117	1300
	Dip.ti Conv. UNI	0	0
	Totale	**1117**	**1300**

Personale Amm.vo/Tecnico	Dip.ti AOP	669	705
	Dip.ti Conv. UNI	159	162
	Totale	**828**	**867**

Profilo professionale	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
	Totale complessivo	**5553**	**6248**

Il processo di valutazione è stato avviato con nota formale prot. n. 39657 del 5/6/24, indirizzata a tutti i valutatori, e i termini fissati indistintamente per le due aree sono:

- il giorno 28/06/2024 per la compilazione e la chiusura informatica dei DIV;
- il giorno 15/07/2024 per la consegna dei documenti cartacei;
- il termine per la presentazione di eventuali ricorsi è fissato per il giorno 30 agosto 2024.

4 Risorse, efficienza ed economicità

4.1.1 Evoluzione della performance economica dell'azienda

	BEP 2023 Deliberato	Consuntivo 2022	Consuntivo 2023	Delta Consuntivo 2023 Bep 2023	Delta consuntivo 2023 -2022
RISULTATO DI ESERCIZIO	-130.380.958	-96.039.063	-54.591.580	75.789.378	41.447.483
Totale valore della produzione (A)	677.111.275	717.491.372	791.213.322	114.102.046	73.721.950
Totale costi della produzione (B)	784.206.556	787.241.377	821.569.141	37.362.585	34.327.764
Totale proventi e oneri finanziari (C)	0	-3.110	3.150	3.150	6.260
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-162.370	-3.373.541	-695.273	-532.903	2.678.268
Totale imposte e tasse	23.123.308	22.912.406	23.543.638	420.330	631.232

Con nota 555044 del 01.12.2022 la Direzione Programmazione e Controllo SSR dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto ha formulato le direttive per il Bilancio Preventivo Economico 2023. L'Azienda Ospedale Università di Padova, nel rispetto delle direttive, ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 2762 del 30.12.2022, la proposta di Bilancio Preventivo 2023 che presentava un risultato d'esercizio di –130.380.958 euro.

Con DGR. n.720 del 22.06.2023 la Giunta Regionale ha preso atto dei bilanci economici annuali 2023 degli enti del SSR le cui risultanze sono esposte nel prospetto allegato B alla DGR. Come da nota Area Sanità e Sociale prot. Azienda Zero n. 409001 del 31.07.2022, si è prodotto in data 7 agosto 2023 un Bilancio Economico Preventivo 2023 aggiornato e condiviso in Google Drive Regionale che presentava come da vincoli regionali una perdita di 98.808.067 euro.

Con successiva nota n. 6205 del 08.03.2024 Azienda Zero ha formulato le direttive per la redazione del bilancio d'esercizio 2023.

Il Bilancio d'esercizio 2023 presenta una perdita d'esercizio di 54,6 milioni di euro, generata da valore della produzione e correlativi costi pari rispettivamente a 791,2 e 821,6 milioni di euro, da proventi e oneri straordinari per -695 mila euro, e da imposte e tasse per 23,5 milioni di euro.

Il risultato d'esercizio 2023 migliora rispetto all'esercizio 2022 di 41,4 milioni di euro. Tale miglioramento è rappresentato dal delta positivo generato dalla sommatoria tra l'incremento del valore della produzione per 73,2 milioni di euro da un lato e l'incremento principalmente del costo della produzione per 34,3 milioni di euro, dal differenziale su proventi e oneri straordinari di 2,7 milioni di euro e delle imposte e tasse per 631 mila euro dall'altro.

All'interno del valore della produzione le principali voci di ricavo che, rispetto all'esercizio 2022, spiegano tale incremento, sono riconducibili ai ricavi per prestazioni sanitarie e correlata

compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie che complessivamente ammontano 28,8 milioni di euro e all'incremento per maggiori contributi regionali e statali di circa 39,5 milioni di euro.

Sul lato costi, rispetto all'esercizio 2022, le voci che impattano maggiormente in termini di variazione sono l'acquisto di beni (10,2 milioni di euro), il costo del personale (7,3 milioni di euro), la variazione delle rimanenze (4,1 milioni di euro) e gli accantonamenti dell'esercizio (13,6 milioni di euro). Inoltre l'incidenza differenziale della componente straordinaria relativa agli oneri e proventi straordinari pesa per 2,6 milioni di euro.

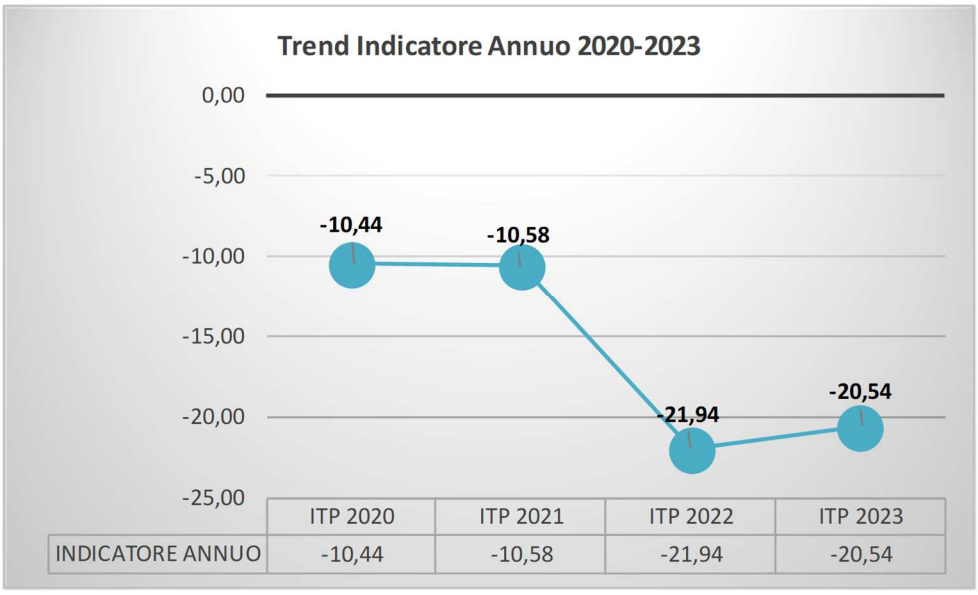
Per maggiori dettagli si rinvia alla delibera di adozione deli bilancio d'esercizio 2023, DDG n. 835 del 30/04/2024.

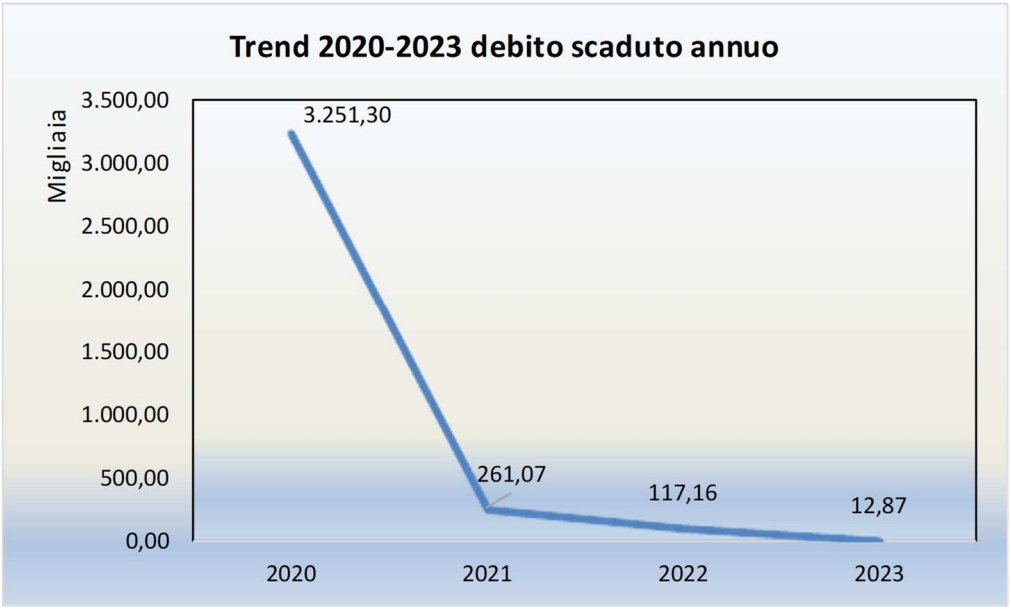
4.1.2 Evoluzione dei tempi medi di pagamento

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture; tale valore viene perciò calcolato a partire dall'importo di ciascun documento corrisposto ai fornitori moltiplicato per i giorni di ritardo o di anticipo rispetto alla scadenza legale, che per gli Enti del SSN è fissata in 60 gg data ricevimento fattura (D.lgs. 231/2002, art. 4, c. 5, lettera b); la somma di tali prodotti viene poi divisa per il totale dei pagamenti.

L'impegno protratto dall'Azienda anche nell'esercizio 2023 nel diminuire il valore del debito scaduto e nel mantenimento dei tempi medi di pagamento nel rispetto della normativa, attraverso il costante monitoraggio dell'andamento del debito complessivo, sia in termini di riduzione del debito pregresso che di contenimento nella generazione di nuovo scaduto, ha consentito il mantenimento dell'indice ampiamente al di sotto del limite previsto per legge (60gg), il miglioramento della percentuale del rapporto tra debito pagato oltre i termini sul totale pagato e il miglioramento dell'ammontare del debito scaduto al 31/12/2023.

Prima di analizzare i vari indicatori rilevati nel 2023 si riporta il trend registrato dal 2020 al 2023.





Di seguito si riporta l'analisi degli indicatori per l'esercizio 2023 in relazione tra loro:

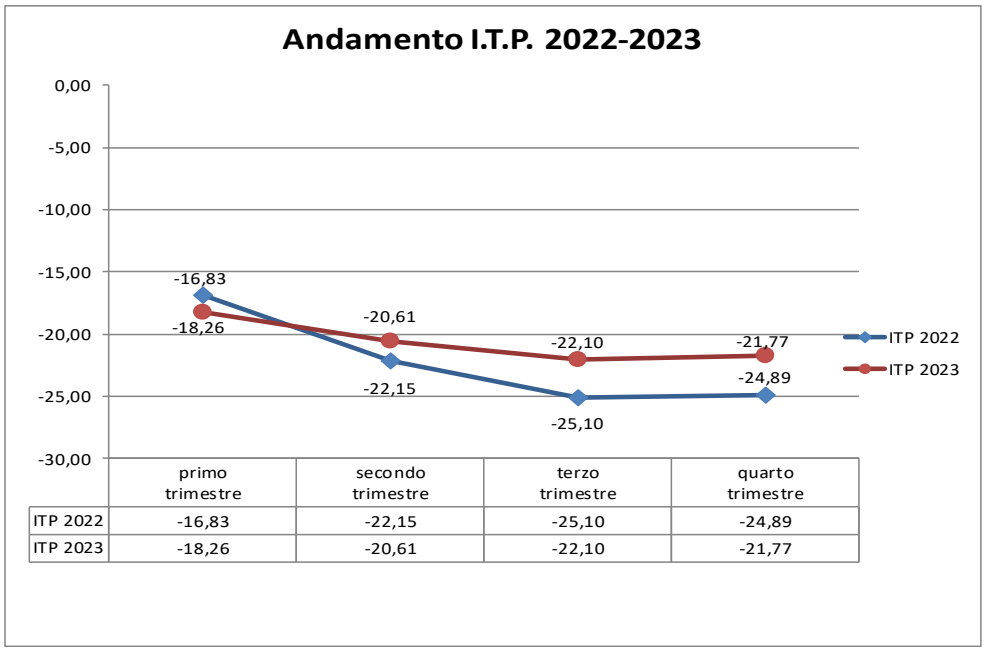
1. Indicatore di Tempestività dei Pagamenti (I.T.P.);
2. Totale Pagato Annuo e Rapporto con il pagato oltre i termini;
3. Ammontare del debito scaduto.

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

Anche per l'esercizio 2023 l'indicatore raggiunge l'obiettivo richiesto dalla normativa (entro 60 gg.), sia in termini di media trimestrale che in termini di media annuale, attestandosi a valori al di sotto dello zero. Tradotto in giorni medi di pagamento, l'indicatore annuo rappresenta un tempo medio di pagamento a ca 40 giorni.

Rispetto all'esercizio 2022, l'indicatore medio annuale è passato da un valore di media annuale pari a -21,94 ad un valore pari a -20,54 (la soglia dell'obiettivo regionale era di -20 gg).

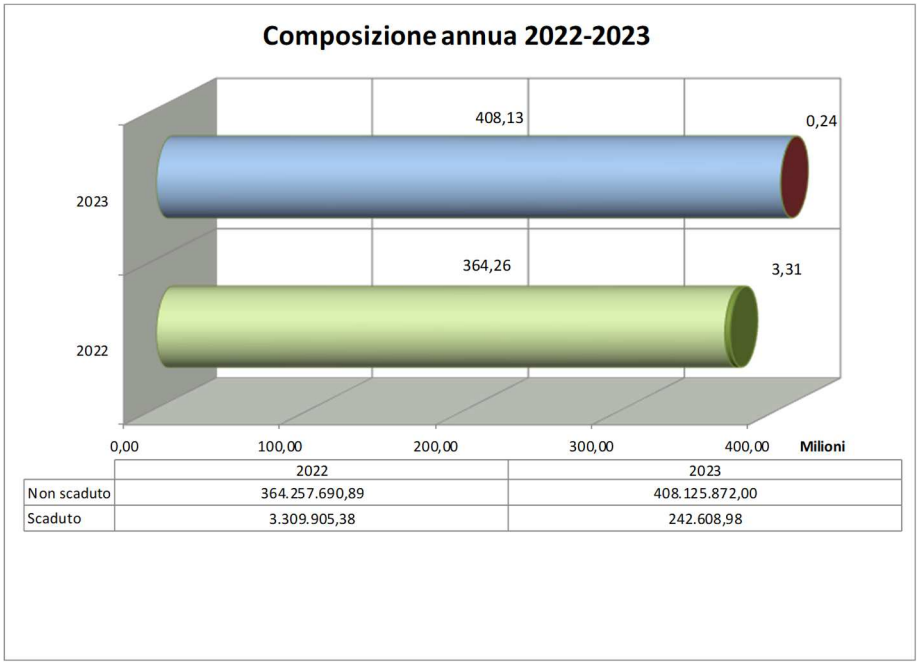
Quanto sopra riportato emerge anche dalla rappresentazione grafica:



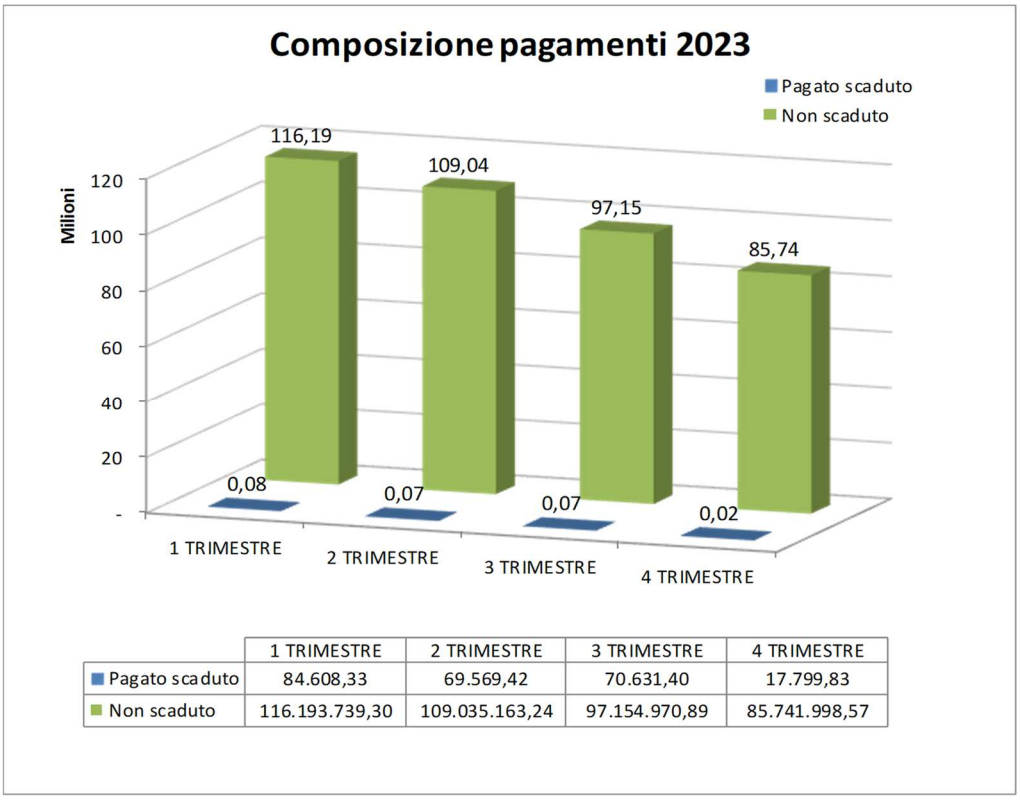
	primo trimestre	secondo trimestre	terzo trimestre	quarto trimestre
ITP 2022	-16,83	-22,15	-25,10	-24,89
ITP 2023	-18,26	-20,61	-22,10	-21,77

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

Il valore annuo del totale pagato dei debiti commerciali per l'anno 2023 ammonta a circa 408,37 mln di euro, rispetto a circa 367,57 mln di euro dell'anno 2022. L'incremento del volume dei pagamenti è stato reso possibile dalle disponibilità liquide dell'Ente e dall'impegno protratto dal personale delle strutture amministrative "centri liquidatori" nel raggiungimento dell'obiettivo, garantendo allo stesso tempo le attività di supporto all'area sanitaria. Le rappresentazioni grafiche di seguito riportate sintetizzano la composizione del totale pagato sia in termini numerici che di percentuale e ne evidenziano anche la sua composizione in termini di pagato entro i termini e oltre. In termini di importo l'esercizio 2023 registra un valore di pagato oltre i termini pari a circa 242,6 mila euro contro 3,31 milioni di euro dell'esercizio 2022.

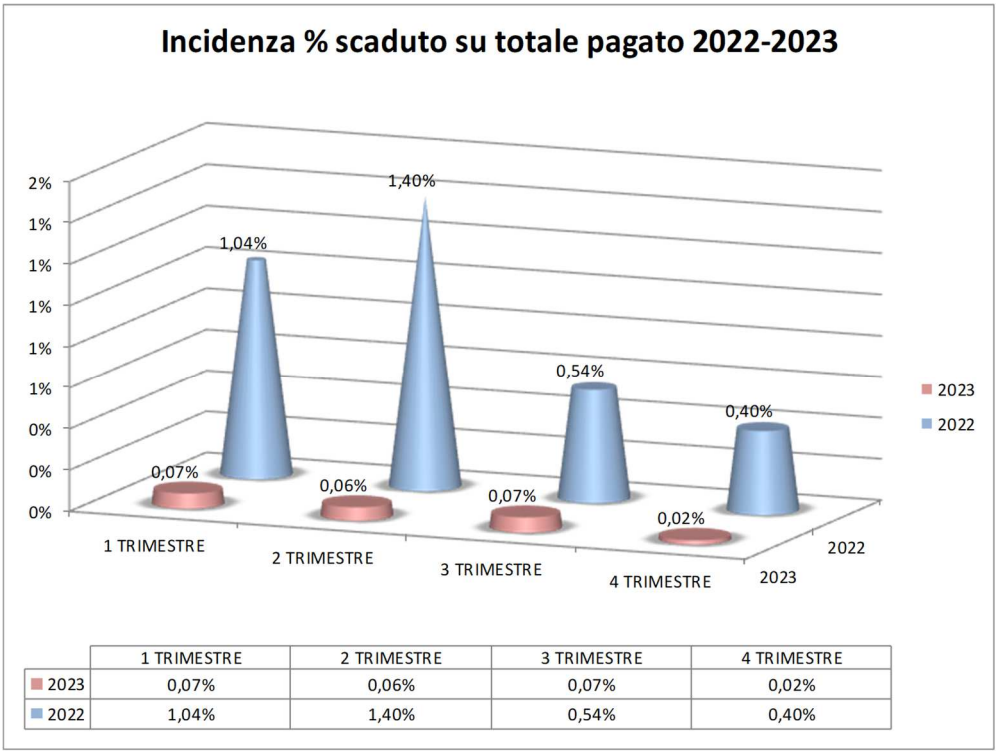


	2022	2023
Non scaduto	364.257.690,89	408.125.872,00
Scaduto	3.309.905,38	242.608,98



	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
Pagato scaduto	84.608,33	69.569,42	70.631,40	17.799,83
Non scaduto	116.193.739,30	109.035.163,24	97.154.970,89	85.741.998,57

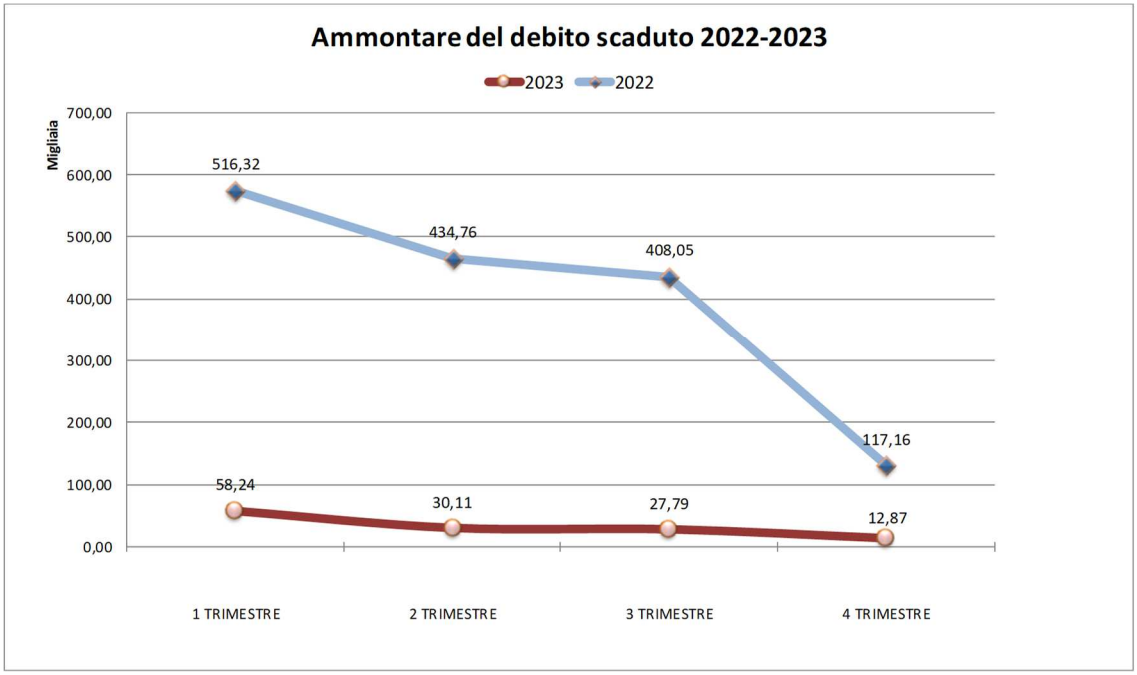
Espresso in termini percentuali l'andamento trimestrale 2022-2023 rappresentato graficamente è il seguente ed è di tutta evidenza l'incidenza quasi residuale e molto prossima al target zero di riferimento.



	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE
2023	0,07%	0,06%	0,07%	0,02%
2022	1,04%	1,40%	0,54%	0,40%

3. Ammontare del debito scaduto

L'anno 2023 si chiude nuovamente con un trend in riduzione del debito scaduto del valore, lordo IVA, di 12,87 mila euro, rispetto a 117,16 mila euro dell'anno precedente.



In sintesi, quindi, si ritiene che le evidenze fornite rappresentino eloquentemente l'attenzione dedicata dalla Direzione al tema dell'efficienza finanziaria. Le azioni poste in essere hanno prodotto un significativo avvicinamento al valore target dell'indicatore di misurazione del rapporto tra pagato scaduto e totale pagato, dimostrando il continuo impegno profuso dall'Azienda anche attraverso un monitoraggio delle modalità operative inerenti al processo di liquidazione nelle diverse strutture ed un'azione pervasiva di motivazione nei confronti di dirigenti ed operatori.

5 Il processo di redazione della Relazione sulla *performance*

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

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

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

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

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

CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione e' divenuta esecutiva il 25/6/2024

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

Copia composta di n°81 fogli (incluso il presente) della delibera n. 1240 del 25/6/2024 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

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