REGIONE DEL VENETO

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 108 del 29/01/2015

OGGETTO: Adozione del Piano delle Performance anno 2015-2017.

Il Direttore ad Interim della **SC Controllo di Gestione** riferisce:

In conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 150/2009, in particolare art. 4 "Ciclo di gestione della performance" e art. 10 "Piano della performance e Relazione sulla perfomance", nel rispetto delle "linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del D.Lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22" previste nella DGRV n.2205/2012, l'Azienda Ospedaliera di Padova ha elaborato un piano programmatico triennale di obiettivi strategici aziendali denominato "Piano delle Performance anno 2015-2017".

Nel Piano delle Performance sono esplicitati gli obiettivi strategici di arco triennale, suddivisi per anno, sui quali si baseranno la programmazione per l'anno 2015 e conseguentemente la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il Piano, oltre a rispettare le indicazioni metodologiche precedentemente richiamate, recepisce la normativa regionale di programmazione, con particolare riferimento alla DGRV n. 2525/2014 recante gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" – anno 2015.

Il Piano si pone nel solco delle strategie delineate nel Piano Triennale Aziendale 2013-2015, recepisce i documenti di organizzazione e pianificazione interna approvati e si coordina, nel contenuto, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e il Piano per la prevenzione della corruzione.

Il Piano delle Performance 2015-2017 verrà sottoposto all'Organismo Indipendente di Valutazione per le verifiche di competenza e pubblicato sul sito istituzionale nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

Esso potrà essere oggetto di eventuali modificazioni a seguito delle osservazioni da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione nonché di successive modifiche normative nazionali e/o regionali.

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa proposta e accertato che il Direttore del **SC Controllo di Gestione** ha attestato la regolarità amministrativa della stessa in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale ;
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. 220 del 29.12.2012.

DELIBERA

1. di adottare il "Piano delle Performance anno 2015-2017" che si allega quale parte integrante al presente provvedimento;
2. di riservarsi di apportare eventuali modificazioni al succitato piano a seguito delle osservazioni da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione nonché di successive modifiche normative nazionali e/o regionali.

Il Direttore Generale
Dott. Claudio Dario

Azienda Ospedaliera Padova

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' PADOVA

PIANO PERFORMANCE
ANNO 2015-2017

Presentazione del Piano

Misurare le *performance* e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere per incrementare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate.

La valutazione della *performance* richiede un approccio trasversale alla struttura, misurando i risultati dell'intera azienda in riferimento alle strategie previste dall'amministrazione per soddisfare i bisogni della collettività.

Tali strategie sono state definite inizialmente nel Piano Triennale 2013-2015, che rappresenta per questa Direzione il Piano di Mandato. Il Piano Triennale 2013-2015, redatto con un'ampia partecipazione di soggetti interni all'organizzazione, ha delineato le linee strategiche aziendali in rapporto al contesto e agli indirizzi programmatici definiti dalla Regione con il Piano Socio-Sanitario 2012-2016. Il presente Piano ne rappresenta l'aggiornamento, a scorrimento, per il triennio 2015-2017.

Tra le principali novità, l'implementazione dell'atto aziendale, approvato in via definitiva a maggio dello scorso anno, cui l'azienda sta dando applicazione con una serie di atti riorganizzativi. Tra questi, l'istituzione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati e dei Dipartimenti Funzionali, i cui Direttori hanno delineato gli obiettivi per il proprio Dipartimento, in un processo di programmazione bottom-up integrato nel presente Piano. Infine, è stato aggiornato il cronoprogramma dei pesanti interventi di ristrutturazione edilizia/riorganizzazione in corso, ed è stata allineata la pianificazione relativa al Nuovo Ospedale alle nuove disposizioni dettate dalla Regione con la DGRV n. 2292/2014.

Dr. Claudio Dario
Direttore Generale

Sommario

Presentazione del Piano 3

1. Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance 7

2. L'Azienda Ospedaliera di Padova 9

2.1. Mandato e missione 9

2.2. L'Azienda in cifre 10

3. Il quadro di riferimento 11

3.1. Le fonti 11

3.1.1. Piano Socio Sanitario Regionale 11

3.1.2. Dotazione Schede Ospedaliere (DGR 2122/2013) 15

3.1.3. Obiettivi Regionali 15

3.1.4. Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2015 17

3.1.5. Altre fonti normative 17

3.1.6. Le fonti interne 18

3.2. Analisi del contesto esterno 19

3.2.1. Relazione Socio Sanitaria Regionale 19

3.2.2. Rapporto SDO 2014 22

3.2.3. PNE 2014 23

3.2.4. Bersaglio 25

3.3. Analisi del contesto interno 28

3.3.1. L'organizzazione: il nuovo Atto Aziendale e l'Istituzione dei Dipartimenti 28

3.3.2. Risorse strumentali ed economiche 30

3.3.3. Risorse umane 33

4. Obiettivi strategici 35

5. Dagli obiettivi strategici alla valutazione individuale 38

5.1. Processo di budget 38

5.2. Processo di valutazione della perfomance individuale 39

5.2.1. Personale del Comparto 39

5.2.2. Personale della Dirigenza 40

1. Principi e riferimenti normativi del Piano della Performance

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

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

Il decreto in parola si applica direttamente agli Enti dello Stato, mentre, per quanto riguarda gli Enti Locali e le Regioni (comprese quindi le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale), queste adeguano i propri ordinamenti ai principi del decreto. La **Regione Veneto**, con la L.R. n. 9/2011, modificata dalla L.R. n. 22/2011, ha disposto che la valutazione del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale si attenga ai principi dei Titoli II e III del D.Lgs. n. 150/2009, secondo le omogenee indicazioni allo scopo definite dalla Giunta regionale con DGR n. 2205/2012.

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

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

- **Piano delle Performance**, documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno a scorrimento entro il 31 gennaio, ai sensi della DGRV n. 2205/2012. Contiene l'analisi di contesto necessaria alla formulazione delle strategie e le conseguenti strategie per il triennio, ma anche le indicazioni sulle successive fasi di assegnazione di obiettivi e risorse: il processo di budget e il processo di valutazione individuale.
- **Documento di Direttive,** formulato annualmente allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget, ai sensi della L.R. n. 55/1994. Indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto

collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.

- **Budget dei centri di responsabilità,** che individuano, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate, ai sensi della L.R. n. 55/1994.
- **Documenti di Valorizzazione Individuale (DIV),** che raccolgono in un unico documento gli elementi atti a valutare la conoscenza, la capacità e la qualità di ciascun dipendente, finalizzati sia all'incentivazione per la produttività, sia alle progressioni orizzontali.

nonché, naturalmente, sui corrispondenti documenti di misurazione

2. L'Azienda Ospedaliera di Padova

L'Azienda Ospedaliera di Padova (in seguito AOP) nasce il 1° gennaio 1995, a seguito dello scorporo dell'ex-Ulss 21, nella quale era compreso l'ex-Ospedale Civile. Essa offre una grande varietà di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari (di più giorni), giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery), visite e prestazioni diagnostiche ambulatoriali.

2.1. Mandato e missione

L'AOP è un ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale, istituito in applicazione della L.R. n. 56/1994, riconosciuto come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con D.P.C.M. dell'8.1.1999 ed individuato dal PSSR 2012-2016 (approvato dalla L.R. , n. 23/2012 e s.m.), quale centro hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni individuate dalla programmazione regionale, nonché qualificato dall'integrazione fra assistenza didattica e ricerca, in un'ottica di stretta collaborazione istituzionale con l'Università di Padova.

L'AOP costituisce infatti per l'Università degli Studi di Padova (di seguito UNIPD) l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia che si svolgono nelle strutture convenzionate, nell'ambito della convenzione esistente tra la Regione del Veneto e l'UNIPD (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 912 del 9.6.1989), garantendone l'integrazione.

Con l'Atto Aziendale adottato il 13.2.2014, l'AOP, ha definito la propria missione:

l'AOP quale ente strumentale del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSSR) e in coerenza agli indirizzi del PSSR, concorre a garantire l'assistenza di base per le comunità del territorio padovano e garantisce l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico in ambito provinciale, regionale, nazionale ed internazionale in quanto hub per la Provincia di Padova e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

2.2. L'Azienda in cifre

Si fanno seguire alcuni dati relativi all'organizzazione e all'attività dell'ultimo triennio (specificando che per il 2014 si tratta di proiezioni basate sui dati di pre-consuntivo).

	Anno 2012	Anno 2013	Precons 2014
ATTIVITÀ			
Numero Ricoveri ordinari	47.638	46.663	45.742
Numero Ricoveri diurni	15.531	14.536	14.036
Totale ricoveri	63.169	61.199	59.778
Valore attività di ricovero in Euro	246.301.499	244.011.106	244.802.161
Peso medio DRG ricoveri ordinari	1,29	1,34	1,37
Degenza media ricoveri ordinari	8,06	7,71	7,82
Extra Regione (RO+DH)	11,1%	11,4%	11,6%
% Ricoveri Urgenti	62,43	61,38%	60,5%
Numero ricoveri per trapianto*	312	327	311
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	6.451.889	6.644.620	6.967.135
Numero Prestaz. Specialistica onere SSN	3.688.210	3.730.916	3.813.323
Valore attività specialistica onere SSN (importo lordo in Euro)**	68.225.358	67.670.184	65.958.631
Accessi Pronto Soccorso	105.686	104.380	108.115
di cui Pediatrici	*23.937*	*23.129*	*23.808*
COSTO DELLA PRODUZIONE			
Costi personale	205.496.030	207.162.785	205.230.454
Costi Beni Sanitari	181.530.781	183.386.684	178.149.879
Di cui distribuzione diretta farmaci	62.805.181	68.833.291	68.705.623

** Trapianti di: Cuore, Polmone, Fegato, Rene, Rene-Pancreas, Midollo (anno 2014 Fonte SSI-SDO)*

*** Riduzione tariffario prestazioni specialistiche da luglio 2013.*

3. Il quadro di riferimento

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

- principali fonti normative, esterne ed interne all'azienda;
- contesto esterno in cui l'azienda opera;
- situazione interna (organizzazione e risorse).

Le principali risultanze sono descritte nei paragrafi che seguono.

3.1. Le fonti

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

- **Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016** approvato con L.R. n. 23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3.12.2012);
- **Nuova dotazione ospedaliera** e territoriale da attuarsi entro il biennio 2014-2015, secondo la DGRV n. 2122/2013;
- **Obiettivi di funzionamento** dei servizi per l'anno 2015 assegnati alle Aziende sanitarie del Veneto con DGRV n. 2525 del 23 dicembre 2014;
- **Vincoli sulle risorse** determinati con DGRV 2718 del 29 dicembre 2014 (tetti di costo);
- **Documenti di pianificazione interni** all'Azienda.

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

3.1.1. Piano Socio Sanitario Regionale

Il Piano Socio Sanitario Regionale prevede importanti interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale in correlazione ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta di oggi, promuovendo la corretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto.

Tale strategia di fondo implica una somma di interventi specifici e coordinati, finalizzati a:

- Mantenere e garantire un'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio regionale;
- Sviluppare la rete assistenziale territoriale;
- Rideterminare le reti cliniche ospedaliere;

- Potenziare le iniziative di promozione della salute ed i piani di prevenzione;
- Ricercare la massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
- Individuare il fabbisogno strutturale e tecnologico della rete assistenziale;
- Promuovere la formazione continua, la ricerca e l'innovazione;
- Introdurre e diffondere strumenti di clinical governance, mirati anche alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti;
- Definire un'attività informativa regionale che sia funzionale all'azione di governo regionale e locale;
- Sviluppare, in modo coordinato e integrato, il sistema informativo regionale con le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere al fine di assicurare la continuità e la sicurezza dell'assistenza socio-sanitaria;
- Attuare avanzate metodologie per la verifica ed il controllo di qualità della gestione economico-finanziaria delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere.

Tutto ciò comporta per le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere il compito di aggiornare il proprio Atto aziendale in relazione alle indicazioni contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale, e di adeguare gli atti di programmazione, quali il Piano Attuativo Locale e il Piano di Zona. Le Aziende possono, peraltro, proporre modalità organizzative e gestionali innovative che siano ritenute migliorative ai fini dell'attuazione degli indirizzi programmatici della Regione.

Rispetto all'area dell'assistenza ospedaliera il Piano Socio Sanitario Regionale definisce due livelli a seconda delle funzioni da garantire all'interno della rete.

Il piano chiarisce che l'Azienda Ospedaliera di Padova oltre ad essere **hub per la provincia** con la presenza di alte specialità, costituisce anche un **centro di riferimento regionale** per alcune funzioni determinate dalla programmazione regionale (es. per l'emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica), nonché rappresenta un centro di eccellenza e deve essere punto di riferimento a livello nazionale.

Le scelte strategiche regionali indicano nella definizione delle **reti cliniche**, o nel consolidamento di quelle già attive, uno dei macrobiettivi per il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera. Più in dettaglio si prevede lo sviluppo di modelli hub & spoke, definendo il ruolo che le strutture verrebbero ad assumere per le funzioni assistenziali negli ambiti specifici. I temi e le reti a valenza strategica per le quali si ritiene di introdurre elementi innovativi sono:

- potenziamento del Servizio di **Trasporto del Neonato Critico** (STEN), facente capo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, ed all'attivazione e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM).
- Inoltre per l'area pediatrica si prevede:

  - la costituzione di coordinamenti delle unità operative di pediatria (punti nascita, cure intensive, cure chirurgiche, ecc.) affidati agli Ospedali di riferimento provinciale;
  - la definizione di reti regionali (gestione emergenze, cure intensive, ecc.) con fulcro nelle Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova, consolidando le reti già esistenti, ad esempio la terapia del dolore e cure palliative pediatriche, la diagnosi e trattamento del bambino maltrattato, ecc.

- **rete emergenza-urgenza**;
- rete clinica dei trapianti, confermando l'attuale assetto della **rete trapiantologica** regionale. Rappresentano, quindi, obiettivi della programmazione regionale:
  - il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti per consentire, nell'ambito della razionalizzazione delle risorse, di integrare parte delle funzioni attualmente attribuite al Centro Interregionale di Riferimento e compensate dalla Regione;
  - la progressiva strutturazione formale e sostanziale dei servizi di supporto necessari all'attività trapiantologica al fine di assicurare, senza interruzione, la copertura nell'arco delle 24 ore di alcune attività (es. tipizzazione dei donatori e dei riceventi);
  - il consolidamento dell'organizzazione in reti provinciali dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti al fine di aumentarne l'efficacia, nonché lo sviluppo di equipe chirurgiche interaziendali dedicate al prelievo di organi;
  - il coinvolgimento di ulteriori unità operative (es. stroke unit) nell'identificazione del potenziale donatore per favorire l'aumento delle donazioni;
  - il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi "maggiori", ovvero ad elevata numerosità di trapianti anche su scala nazionale, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;
  - il potenziamento dei poli di banking tissutale mediante specifica strutturazione, anche a fronte della loro rilevanza sul contesto nazionale;
  - l'intensificazione delle iniziative volte a mantenere accesa l'attenzione della popolazione in tema di donazione, chiave di volta per il mantenimento degli attuali livelli assistenziali.
- **Rete Oncologica pediatrica** (su modello della rete oncologica regionale): il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke. Il centro di Oncoematologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova è il fulcro della rete oncologica territoriale. Ha funzioni di hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le altre Aziende Ospedaliere.

- **Rete dell'Alzheimer**: fanno parte integrante di tale rete dei servizi le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e le Strutture ad Alta Protezione per i malati di Alzheimer (SAPA) assieme al Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), affidato alla Azienda Ospedaliera di Padova.

Nel quadro della ridefinizione della rete ospedaliera veneta, il Piano Socio Sanitario Regionale sottolinea come non appare ulteriormente rinviabile una seria analisi del ruolo delle Aziende Ospedaliere e del loro rapporto con le altre Aziende Sanitarie, in particolare con quelle della stessa provincia e delle provincie confinanti. Soprattutto non appare più rinviabile la definizione di sequenziali livelli ospedalieri di assistenza in base alla complessità delle cure ed alla numerosità dei casi presenti o stimati nel territorio regionale.

Il livellamento dei criteri di finanziamento delle strutture sanitarie regionali, unito al minore richiamo verso pazienti di Regioni tradizionalmente afferenti, ha pesantemente impoverito i bilanci e ha rallentato il rinnovamento dei nostri grandi Ospedali a sede universitaria. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Padova e Verona continuano a sopperire a questa necessità, in attesa del nuovo assetto del Servizio Sanitario veneto, che, con il recupero della medicina del territorio e la creazione di una rete organica degli ospedali hub & spoke, deve delineare ruolo e funzioni dei grandi Ospedali sedi di Università. La Regione dovrà definire lo strumento normativo che delinei il migliore assetto giuridico ed organizzativo in cui l'assistenza ospedaliera di qualità sia affiancata da servizi innovativi per la formazione, la didattica e l'attività di ricerca di base ed applicata.

Attraverso questo strumento si deve dare attuazione al principio che prevede che il Piano Socio Sanitario Regionale programmi non solo l'assistenza medica e sanitaria, ma anche il fabbisogno di formazione medica e sanitaria, tenendo conto anche delle attività di ricerca biomedica e clinica offerte dall'Università. L'attuazione del principio della inscindibilità delle funzioni è regolata mediante accordi attuativi tra Università e Aziende Ospedaliere.

Affinché la specificità della funzione universitaria integrata con la Sanità si realizzi appieno, è indispensabile che essa venga programmaticamente riconosciuta e venga quindi garantita la necessaria differenziazione degli obiettivi, dotazioni e indicatori di valutazione, in ragione della gerarchizzazione delle sedi ospedaliere e del ruolo guida delle Aziende che ospitano l'Università nel generare assistenza di eccellenza, sperimentazione tecnologica di avanguardia, formazione (fino al massimo livello dei dottorati di ricerca), ricerca clinica e biomedica, in linea con il prestigio internazionale delle due scuole di medicina venete.

L'**Università di Padova** non ha ancora proceduto alla fase attuativa dell'intesa, mantenendo a tutt'oggi, attraverso uno strumento convenzionale, un modello funzionale tradizionale di Azienda Mista, proiettato in un coordinamento territoriale con altri presidi e poli ospedalieri delle attività proprie dell'Università. Appare pertanto non ulteriormente rinviabile la definizione di un progetto condiviso tra Università di Padova e Regione, così come sta avvenendo per l'Università di Verona, per la costituzione del nuovo Campus biomedico, partendo dal lavoro sin qui svolto dalle istituzioni coinvolte, e in modo particolare seguendo le indicazioni fornite dall'Ateneo patavino per la realizzazione di tale Campus.

Appare pertanto necessaria la costituzione di strutture adeguate e idonee in entrambe le città, quale passaggio preliminare a qualsiasi ipotesi di ulteriore decentramento delle attività formative proprie delle Università presso altre Aziende ospedaliere sul territorio. Resta sicuramente condivisa la validità della rete formativa definita per la formazione specialistica dei giovani medici, ed altresì del quadro che è venuto strutturandosi per l'offerta formativa di Corsi di Laurea per le professioni sanitarie nell'ambito della Regione

3.1.2. Dotazione Schede Ospedaliere (DGR 2122/2013)

La DGRV 2122/2013 definisce gli aspetti più rilevanti dell'attuazione di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Vengono differenziati i ruoli delle strutture ospedaliere nella rete assistenziale regionale attraverso la definizione puntuale delle funzioni di ogni struttura ospedaliera e della **dotazione di posti letto per specialità**. Il numero di posti letto previsti dalla programmazione per il 31 dicembre 2015 è di 17.448, rispettivamente 14.801 per acuti e 2.467 per riabilitazione, rispettando il parametro del Piano Socio Sanitario Regionale di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti. Vengono inoltre previsti ulteriori 807 posti letto per i pazienti provenienti da fuori regione.

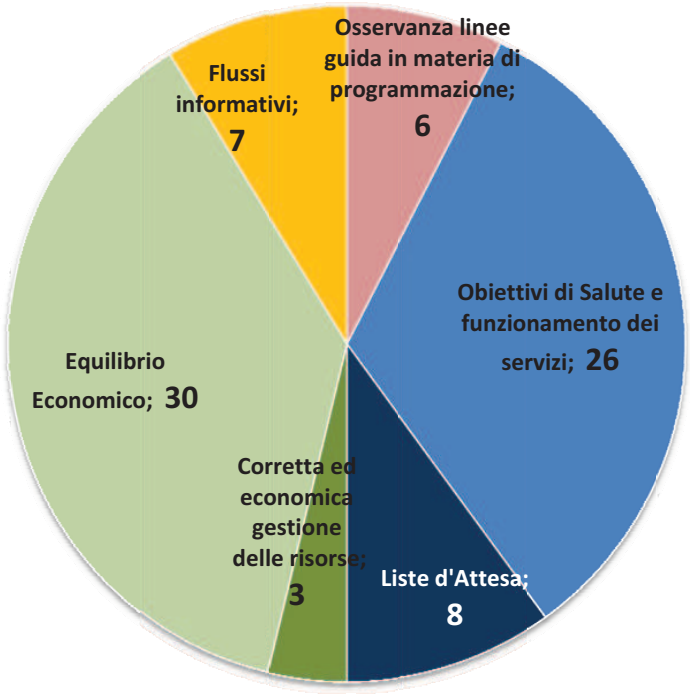
La rimodulazione dei posti letto tra strutture ospedaliere e territoriali è la modalità per assicurare le cure il più vicino possibile al paziente compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento richiesto, grazie anche ad un'organizzazione secondo il **modello hub & spoke** in cui le Aziende Ospedaliere, oltre ad essere hub per le rispettive province, costituiscono **centri di riferimento regionali** per alcune funzioni.

In questo modello organizzativo l'integrazione tra Ospedale e Territorio è assicurata anche attraverso lo sviluppo delle **reti cliniche**.

3.1.3. Obiettivi Regionali

La Regione ha assegnato gli obiettivi delle aziende sanitarie per l'anno 2015 con la DGR 2525/2014, che individua per l'Azienda Ospedaliera di Padova **50 obiettivi**, per un totale di **80 punti**, suddivisi nelle seguenti aree:

A. Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici
B. Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate
C. Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi
D. Equilibrio Economico
E. Liste d'Attesa
F. Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario



Le principali novità:

- attivazione del **Centro di Contatto Regionale per la Mobilità Sanitaria Internazionale;**
- % di accessi con Durata **accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore** secondo quanto previsto dalla DGRV n. 1513/2014;
- attivazione di **percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale** per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia;
- % ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in **Week Surgery**;
- **attivazione dei Letti Monitorati** secondo quanto previsto da DGRV 2122/2013;
- miglioramento di tutti gli Indicatori di aderenza del **rapporto OsMed** dell'Agenzia Italiana del Farmaco e Indicatori di appropriatezza della Regione Veneto.

L'Azienda Ospedaliera è inoltre chiamata dalla programmazione regionale ad una forte integrazione con le altre aziende. Da un lato, infatti, concorre al raggiungimento di 3 obiettivi misurati con **indicatori sulla popolazione**:

- ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard;
- rispetto del pro capite pesato diretta di classe A assegnato (sulla popolazione provinciale);
- rispetto del pro capite pesato diretta di classe H assegnato (sulla popolazione provinciale);

e, dall'altro, per il raggiungimento di alcuni obiettivi sono richiesti **accordi con altre aziende**:

- attivazione del Centro di Contatto Regionale per la Mobilità Sanitaria Internazionale;

- attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013;
- attivazione di percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia;
- stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013 con inserimento nel CUP in comune delle prestazioni concordate e rispetto dei tempi d'Attesa.

3.1.4. Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2015

La Regione ha anticipato con nota n. 23695 del 23.1.2015 il contenuto della DGRV n. 2718 del 29/12/2014 "Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Economico Preventivo Annuale 2015 ex art. 25 D.Lgs. 118/2011: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei limiti di costo anno 2015".

Tali direttive costituiscono la principale fonte per il necessario raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2015, assieme alla DGRV 154/CR del 2012 di riparto provvisorio alle ASL delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA per gli esercizi 2013, 2014, 2015.

3.1.5. Altre fonti normative

Altre indicazioni normative considerate nel Piano sono dettate da:

- "Disposizioni per l'anno 2015 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica. Sanità. Aree della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 27 novembre 2014 e del 28 novembre 2014. Conferma per l'anno 2015 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, co. 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.6.2000", trasmesse con nota regionale 557151 del 30.12.2014 (prot. aziendale 64020 del 31/12/2014), in attesa della pubblicazione della relativa DGRV.
- **DGRV n. 2292/2014** "Nuovo Polo della salute di Padova - dichiarazione di assenza di pubblico interesse della proposta di finanza di progetto presentata il 30.3.2012 - riavvio procedimento di realizzazione dell'opera";
- **DGRV n. 1513/2014** "Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso";
- **DGRV n. 2271/2013** relativa alle nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere - Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Distretto socio sanitario;

- **DGRV n. 2533/2013** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto Anno 2014";
- **DGRV n. 320/2013** relativa al governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto;
- **D.Lgs 118/2011** "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 delle legge 5 maggio 2009, n.42".

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

- **DGRV n. 2205/2012** "*Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del D.Lgs. 150/2009 e della L.R. 26 Maggio 2011, n. 9 modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22 (…)*";
- **D.Lgs n. 150/2009** "*Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", dà avvio al ciclo di gestione della performance";
- **Delibera CIVIT n. 112/2010** "*Struttura e modalità di redazione del Piano della performance";*
- **D.Lgs. 33/2013**, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- **Legge n. 190/2012**, recante le "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", assume la portata di una vera e propria riforma delle pubbliche amministrazioni ai fini della prevenzione e della lotta alla corruzione;
- **DGRV n. 693/2013** "Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)";

3.1.6. Le fonti interne

Infine il Piano tiene conto e si raccorda con alcuni documenti di programmazione interni all'Azienda, ed in particolare:

- Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- Piano per la prevenzione della corruzione;
- Piano di Sviluppo del Sistema di Controllo Interno (DDG 1612/2014);
- Piano degli Investimenti;

- Piano Triennale 2013-2015, che rappresenta per questa Direzione il Piano di Mandato.

A seguito dell'attivazione dei Dipartimenti (vedi § 3.3.1), è stato chiesto a ciascun Direttori di Dipartimento di proporre gli obiettivi prioritari per l'anno 2015. Questo processo di programmazione di tipo bottom-up è stato valutato ed integrato tra gli obiettivi aziendali riportati nell'allegato 1.

3.2. Analisi del contesto esterno

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

- Relazione Socio Sanitaria Regionale;
- Rapporto SDO 2014;
- PNE 2014;
- Bersaglio;

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

3.2.1. Relazione Socio Sanitaria Regionale

La Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto, redatta a cura del SER (Sistema Epidemiologico Regionale) attraverso i contributi delle strutture afferenti all'Area regionale Sanità e Sociale, ha lo scopo di monitorare annualmente l'attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale nonché la condizione sanitaria della popolazione e lo stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione. Costituisce pertanto un prezioso riferimento per l'analisi del contesto in cui opera l'Azienda.

Nel corso del 2013 dalle strutture ospedaliere del Veneto vi sono state 675.681 dimissioni. Negli ultimi anni **l'ospedalizzazione in Veneto si è ridotta drasticamente**, con dinamiche diverse per le varie tipologie di ricovero. Le dimissioni dalle strutture ospedaliere private ammontano nel 2013 a 118.553 e rappresentano circa il 18% del totale. La quota di ospedalizzazione privata sul totale delle dimissioni dalle strutture regionali è del 68% nei ricoveri riabilitativi.

Nell'anno 2013 sono state registrate nel flusso dell'attività specialistica ambulatoriale del Veneto 67.478.419 prestazioni pari ad un valore tariffario complessivo di € 1.156.229.965. L'attività clinica rappresenta il 24,2% delle prestazioni ed il 49,1% del valore, l'attività di diagnostica per immagini rispettivamente il 5,3% ed il 27,8% ed il laboratorio il 70,5% delle prestazioni ed il 23,1% del valore. Il rapporto pubblico/privato conferma il **ruolo dominante del settore pubblico**, con trend crescente rispetto agli anni 2011 e 2012 in tutte le aree di attività.

Dall'ultimo bilancio demografico la popolazione del Veneto risulta in costante aumento: da anni si riscontra una crescita soprattutto grazie alla presenza della **popolazione straniera**, la quale tende anche ad avere una maggiore fertilità rispetto a quella italiana.

La quota di **anziani** è in aumento, mentre la parte più giovane della popolazione rimane stabile, diminuisce di conseguenza la parte di popolazione nella fascia centrale d'età (15-64 anni).

Con riferimento alle Aziende ULSS, la zona Veneziana è quella con la maggior quota di anziani (26,3%), ma l'indice di vecchiaia più alto si riscontra nella ULSS di Adria (221,6). Altre ULSS molto "anziane" sono Belluno, Feltre e Rovigo. La zona più "giovane" è invece quella dell'Alta Padovana dove la quota di anziani è pari al 17,7% (Tabella 1.1).

L'indice di vecchiaia è aumentato col passare del tempo da 135,8 nel 2002 al 146,8 nel 2013, ciò significa che, oggi, ci sono circa 147 anziani ogni 100 giovani sotto i 15 anni.

L'indice di dipendenza (o di carico sociale) rappresenta la popolazione non attiva sulla popolazione attiva, cioè quante persone hanno "a carico" gli individui nella fascia potenzialmente lavorativa 15-64 anni. Tra il 2002 e il 2013 l'indice è passato da 46,6 a 54,1.

L'indice di struttura rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Nel corso degli anni la quota è passata dall'essere sotto al 100 nel 2002 ad essere pari a 130,3 nel 2013: ciò significa che la fascia in età lavorativa è diventata molto più vecchia in questi anni.

La speranza di vita in Veneto risulta essere maggiore della media italiana, sia per gli uomini che per le donne, con un andamento in crescita.

Le principali **cause di morte** sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne. Nel periodo 2001-2012 si è registrato un forte calo della mortalità per tumore del polmone negli uomini, ma non nelle donne. La mortalità per cardiopatie ischemiche e malattie cerebrovascolari si è ridotta nettamente in entrambi i sessi. La mortalità per incidenti stradali è rimasta stabile a partire dal 2009, dopo essersi dimezzata nello scorso decennio.

I **tumori** più frequenti nel Veneto sono nell'uomo il cancro della prostata, quello del polmone e quello del colon-retto, nella donna quello della mammella, quello del colon-retto e del polmone.

L'incidenza del cancro del colon-retto riflette l'implementazione dei programmi di screening organizzato. In corrispondenza dell'attivazione dello screening si osserva un picco dei tassi di chirurgia per neoplasie colo-rettali, che si riducono poi a livelli inferiori a quelli di partenza.

Il cancro del polmone, per il quale il fattore di rischio più importante è il fumo di tabacco, è in forte riduzione negli uomini fin dai primi anni '90 e in leggero aumento nelle donne.

L'incidenza del cancro della mammella si è stabilizzata a partire dagli anni 2000, anche se il progressivo invecchiamento della popolazione comporta un continuo aumento delle nuove diagnosi.

L'incidenza del tumore della prostata ha mostrato un forte incremento fino al 2003-2004 legato al diffondersi del test del PSA, per poi ridursi negli anni più recenti almeno nelle classi di età più anziane.

L'invecchiamento della popolazione ed il miglioramento delle cure causano un progressivo incremento del numero di pazienti che convivono con il cancro; un quarto di questi pazienti è costituito da donne che hanno avuto un cancro della mammella, mentre più di un ottavo è costituto da uomini e donne che hanno avuto un cancro del colon-retto e all'incirca altrettanti sono stati trattati per un cancro della prostata.

Il tasso di ospedalizzazione per **infarto** acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2012 in tutte le classi di età. In particolare il tasso di eventi con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è in continua ed importante riduzione, mentre il tasso di eventi senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) evidenzia delle oscillazioni, con un lieve aumento negli ultimi anni. I tassi osservati sono nettamente superiori nel sesso maschile, dove quasi il 40% dei ricoveri per IMA avviene prima dei 65 anni.

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di **ictus** ospedalizzati nei residenti; nel 78% circa dei casi si è trattato di ictus ischemico, nel 18% di emorragia cerebrale e nel 4% di emorragia subaracnoidea. L'analisi dell'andamento temporale nel periodo considerato rivela una riduzione del numero assoluto degli eventi negli ultimi anni. La distribuzione per sesso e classe di età evidenzia come l'ictus sia una patologia frequente principalmente nelle età avanzate: oltre il 61% degli eventi avviene in soggetti di età non inferiore a 75 anni.

La **malattia renale cronica** colpisce il 10% della popolazione veneta e nel suo ultimo stadio porta circa 500 pazienti-anno a iniziare un trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale o trapianto). Il diabete mellito e la nefropatia vascolare legata all'ipertensione determinano da sole oltre la metà degli ingressi in dialisi. La sopravvivenza dopo l'inizio del trattamento sostitutivo – pur essendo in linea con i migliori risultati internazionali – rimane severa: a 5 anni sopravvive meno del 60% circa dei pazienti e a 15 anni sopravvive poco più del 20%. Il miglioramento delle cure, l'invecchiamento della popolazione, e l'aumento di incidenza di alcune delle patologie di base portano ad un aumento del numero di pazienti in trattamento sostitutivo in carico ai Centri di Nefrologia-Dialisi e Trapianto (+2% annuo), che attualmente ammontano a circa 5000 persone.

Esiste una qualificata rete di servizi ospedalieri e territoriali che garantisce assistenza e supporto a tutela della salute materno infantile, con **40 punti nascita**, una parte dei quali con un volume di attività inferiore alle indicazioni nazionali (500/1000 nati anno).

Esiste un'importante variabilità per Punto nascita nel ricorso alla **diagnosi prenatale** (circa 17% in media), e circa 1/5 delle indagini interessa donne in età inferiore a quella considerata a rischio. D'altro canto, si va manifestando un grave problema emergente legato alla tardiva effettuazione delle ecografie morfologiche, che avviene nel 17% dei casi in età gestazionali al limite della vitalità fetale (oltre le 21 sg), con il rischio di IVG che esitano in feti vitali.

Il **parto** avviene nel 27,4% dei casi mediante taglio cesareo, valore che colloca la Regione Veneto in posizione largamente inferiore alla media nazionale. Prematurità e basso peso mantengono un peso percentuale costante, tra i più bassi riportati in letteratura.

Il ricorso alla **Procreazione Medicalmente Assistita** (PMA) si è stabilizzato attorno al 2,2% dei parti.

3.2.2. Rapporto SDO 2014

Il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero" pubblicato a gennaio 2015, realizzato dal Ministero della Salute, descrive l'attività di ricovero degli istituti di cura pubblici e privati, svolta nel primo semestre dell'anno 2014 nelle regioni e province autonome. Le informazioni derivano dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), costituita presso il Ministero della Salute dal 1994 e aggiornata annualmente.

Il trend dell'attività di ricovero nei primi sei mesi del 2014 rispetto all'anno precedente evidenzia una generale diminuzione del volume di attività erogata. Sono state 3.208.701 le dimissioni per acuti in regime ordinario e 920.757 in regime diurno (pari al 22,3% del totale delle dimissioni per acuti), 169.429 quelle in riabilitazione (di cui poco più del 92% in regime ordinario) e 53.571 le dimissioni per lungodegenza. Le giornate di degenza assistite sono pari a 21.778.462 giornate per acuti in regime ordinario e 1.716.604 accessi in regime diurno, 4.244.555 giornate in riabilitazione (di cui oltre il 95% in regime ordinario) e 1.498.229 giornate in lungodegenza.

Il numero complessivo di dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza passa da 4.782.288 a 4.352.458 unità, con una diminuzione di circa il 9%; il corrispondente volume complessivo di giornate passa da 31.092.743 a 29.237.850, con una riduzione del 6% circa. Entrando nel dettaglio, il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario nel primo semestre 2014 passa da 3.419.669 a 3.208.701 unità, con una riduzione del 6,2% rispetto allo stesso periodo del 2013, mentre il corrispondente volume di giornate si riduce del 5,3% (da 23.003.068 a 21.778.462 unità). Diminuisce in maniera marcata il numero di dimissioni per acuti in regime diurno: -18,5%, passando da 1.129.535 a 920.757 dimissioni. Calano notevolmente anche le giornate in Dh: da 2.243.081 a 1.716.604 giornate (-23,5%). Il numero di dimissioni per riabilitazione in regime ordinario si riduce del 2,9% (da 160.835 a 156.245 unità), mentre il corrispondente volume di giornate rimane praticamente costante (-0,7%, da 4.090.892 a 4.062.792 unità), coerentemente con l'aumento della degenza media osservato, che passa da 25,4 a 26 giorni; l'attività di riabilitazione in regime diurno mostra una riduzione più marcata: -22% per le dimissioni (da 16.912 a 13.184 unità) e -14,6% per le giornate (da 212.828 a 181.763 unità). Infine, per l'attività di lungodegenza si osserva una riduzione delle dimissioni da 55.337 a 53.571 unità (-3,2%) e delle giornate da 1.542.874 a 1.498.229 unità (-2,9%).

Rispetto al primo semestre 2013, il tasso di ospedalizzazione in acuti per il primo semestre 2014 in Italia si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille abitanti in regime ordinario, e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti; si osserva, inoltre, una discreta variabilità regionale. Il tasso complessivo per acuti si riduce da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti. Da notare che i valori del tasso di ospedalizzazione per l'intero anno 2013 sono leggermente differenti da quelli osservati per il solo primo semestre: il valore complessivo è stato di 142,3 per 1.000 abitanti, suddiviso rispettivamente in 104 per il regime ordinario e 38,3 per il regime diurno.

Continua a guidare la classifica delle cause di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario il parto con 137.765 dimissioni per **parto naturale** e 74.713 dimissioni per parto cesareo senza complicanze. Escludendo il parto le principali patologie che portano i pazienti nelle corsie ospedaliere sono le **patologie cardiovascolari** (Insufficienza cardiaca e shock) e quelle r**espiratorie** (Edema polmonare e insufficienza respiratoria). Seguono gli interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.

La mobilità complessiva a livello nazionale per acuti in regime ordinario è del 7,6% (era 7,4% nel primo semestre 2013 e si è attestata a 7,6% nell'intero anno) quella in regime diurno dell' 8,7% (era 7,9% nel primo semestre 2013, poi stabilizzato a 8% nell'intero anno). La mobilità per riabilitazione è pari al 15,1% (era 14,8% nel primo semestre 2013, e 15,2% nell'intero anno) in regime ordinario e al 8% in regime diurno (con una riduzione di quasi un punto rispetto al valore di 9,1% del primo semestre 2013, e di circa 3 punti rispetto al 10,8% dell'intero anno precedente), e si attesta al 4,1% per lungodegenza (sostanzialmente costante rispetto al 3,9% del primo semestre 2013, poi stabilizzatosi al 4,2% per l'intero anno. Le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di mobilità passiva per le attività per acuti in regime ordinario sono il Molise (23,3%), la Basilicata (22,1), la Calabria (20,7%), l'Abruzzo (15,9%), la valle d'Aosta (15,6%) e le Marche (14,2%). La Lombardia è la regione con il più basso dato relativo alla mobilità passiva (3,3%).

3.2.3. PNE 2014

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

Le valutazioni dell'edizione 2014 documentano forti disomogeneità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni, aree, ospedali, con importanti variazioni temporali.

Si riportano di seguito gli indicatori e il risultato misurato per l'Azienda Ospedaliera di Padova.

INDICATORE	AO Padova	Media Hub Veneto
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,81	9,45
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	16,4	16,27
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	34,23	37,22
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	52,19	56,18
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	3,58	4,39
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	2,06	1,66
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di ricoveri entro 2 giorni	0,75	1,16

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	9,66	10,85
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	22,51	22,92
STEMI: mortalità a 30 giorni dal ricovero (grezzi)	0	0,00
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	0	0,00
N-STEMI:mortalità a 30 giorni(grezzi)	0	0,00
N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)	0	0,00
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	2,12	2,55
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,77	2,43
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	8,09	10,26
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	16,76	15,42
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,05	1,32
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	1,31	2,86
Colecistectomia in regime ordinario/day surgery: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	91,77	91,03
Colecistectomia in regime ordinario: proporzione di colecistectomie laparoscopiche	91,7	90,95
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ordinari con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	84,19	66,91
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	84,2	66,97
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	2,33	2,58
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	44,39	24,22
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	1,32	1,00
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni	0	0,00
Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni	0	0,00
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	22,91	15,74
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	0,2	0,30
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	0,68	0,54
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	0,68	0,76
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1	0,92
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	4,37	3,89
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	50,5	60,34
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	0	0,57
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9,13	8,29
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	6,65	6,81
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,93	8,05
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	18,12	14,99
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	2,73	2,94
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	1,39	2,83
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	0	0,35
Intervento chirurgico per TM colon: proporzione di interventi in laparoscopia	24,46	22,12
Intervento chirurgico per TM retto: proporzione di interventi in laparoscopia	27,68	9,28
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1,39	1,09
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	6,5	4,03
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	1,59	1,50
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	3,92	1,28
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	4,87	2,34

Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,17	1,94
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	5,4	7,17

3.2.4. Bersaglio

Nel corso del 2012 la Regione Veneto ha aderito al sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, al quale partecipano anche Basilicata, Liguria, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana e Umbria.

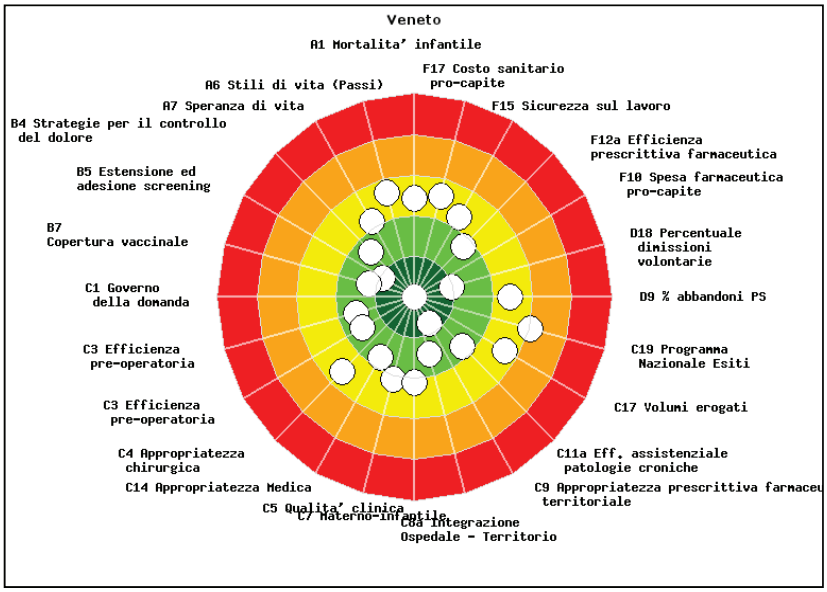
Tale sistema ha l'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti al proprio interno, oltre a un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni, e allo stato attuale può contare su 130 indicatori, di quali 80 di valutazione e 50 di osservazione, che spaziano dallo stato di salute della popolazione alla valutazione delle dinamiche economico-finanziarie e dell'efficienza operative.

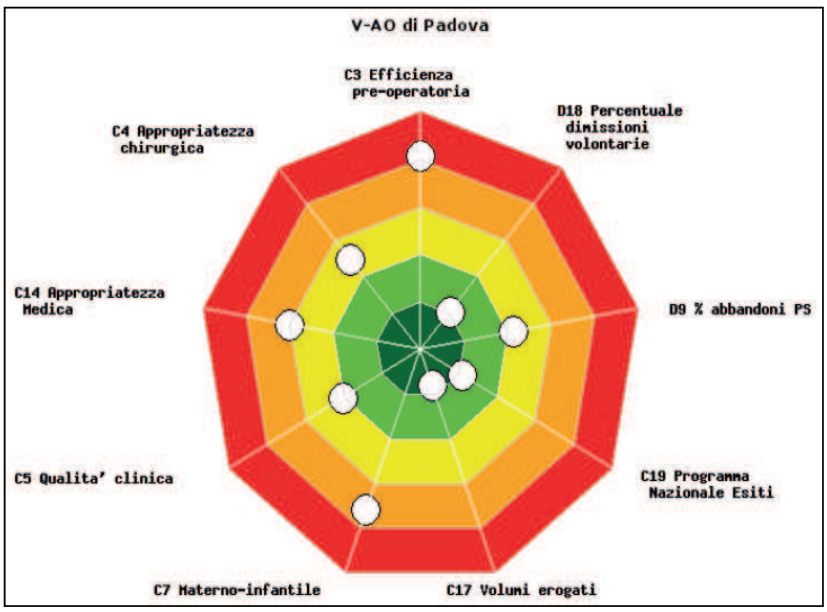
Tale modello di analisi è particolarmente sviluppato per descrivere le performance delle aziende territoriali e del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, mentre, per quanto riguarda le Aziende Ospedaliera, appare meno descrittivo, e per questo verrà maggiormente implementato nel corso dei prossimi anni.

La rappresentazione dei risultati dello specifico elemento in analisi (Azienda ULSS, Azienda Ospedaliera, Regione) avviene tramite uno schema a bersaglio che ha la peculiarità di offrire un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta sule varie dimensioni del sistema consentendo un'immeditata focalizzazione dei punti di forza e di debolezza.

Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio, identificando le migliori performance dell'ente, quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa più esterna, corrispondente alle criticità regionali o aziendali.

Di seguito sono rappresentati i grafici dei risultati per la Regione Veneto e per l'Azienda Ospedaliera di Padova.





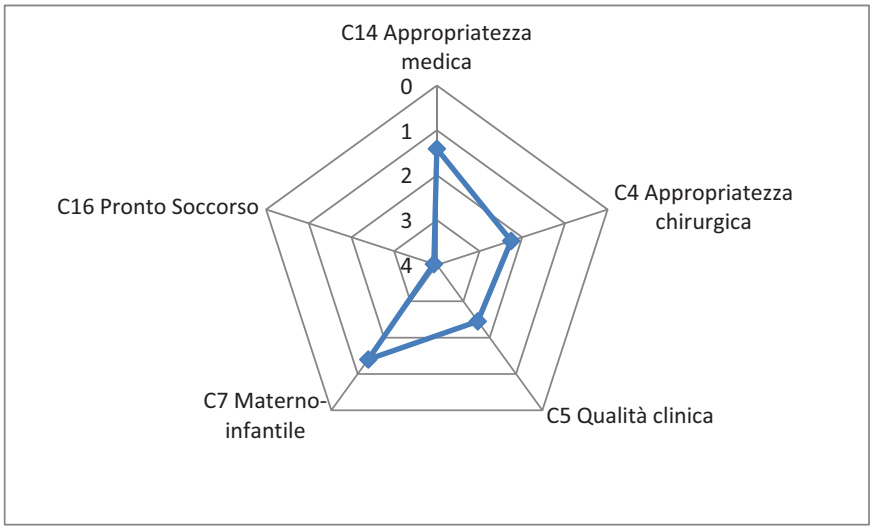
Rispetto agli indicatori riportati nel bersaglio, si segnala:

- una degenza media pre-operatoria (C3) pari a 1.46 giorni verso un valore di riferimento inferiore ad un giorno e ad una media regionale di 1.08
- un ricorso al cesareo (C7) superiore alla media regionale (a livello regionale vengono segnalate, inoltre, delle difficoltà nella presa in carico delle donne straniere)
- un elevata ricorso al DH medico con finalità diagnostica (C14) rispetto alla media regionale

Al contrario, sia i volumi di interventi chirurgici (C17), erogati in riferimento alle soglie previste dal decreto Balduzzi, così come le dimissioni volontarie (D18), proxy della soddisfazione dei pazienti rispetto al ricovero ospedaliero, presentano ottimi risultati.

Infine, rispetto alla media regionale, l'Azienda Ospedaliera registra una performance molto buona relativamente agli indicatori del Programma Nazionale Esiti (C19).

In questo anno il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha dato avvio ad un percorso condiviso con alcune Aziende Ospedaliere per sviluppare la misurazione e valutazione delle performance dedicata Aziende Ospedaliere che presentano caratteristiche e peculiarità completamente differenti dalle Aziende Sanitarie Locali.



3.3. Analisi del contesto interno

3.3.1. L'organizzazione: il nuovo Atto Aziendale e l'Istituzione dei Dipartimenti

In ottemperanza alla DGRV n. 2271/2013, che definisce le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale, l'Azienda Ospedaliera di Padova ha approvato, a seguito dell'emanazione del Decreto Regionale n. 73 del 4.4.2014, il proprio Atto aziendale con Deliberazione n. 555 del 23.5.2014.

Con successiva deliberazione n. 970 del 12.9.2014, con cui è stato riapprovato l'Atto Aziendale modificando parzialmente l'organigramma dell'"Area Ospedaliera", l'Azienda ha approvato, inoltre, il piano di adeguamento della dotazione ospedaliera, per il quale la Giunta Regionale ha espresso il parere di congruità con la DGRV n. 1175 del 08.07.2014.

L'**atto aziendale**, di diritto privato, costituisce lo strumento di autogoverno e di funzionamento dell'Azienda Ospedaliera di Padova, finalizzato a valorizzarne l'autonomia imprenditoriale. Ha l'obiettivo primario di esprimere la "missione" aziendale, esplicitarne la "visione" perseguita, nonché 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. Esso definisce i principi generali di organizzazione e delinea la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo dell'Azienda. Disciplina, inoltre, i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda.

Per quanto riguarda l'organizzazione aziendale, è stato identificato il **dipartimento** quale il modello ordinario di gestione delle attività espletate sia per l'area ospedaliera che non ospedaliera.

Pertanto, a decorrere dal 1.7.2014, sono stati attivati i seguenti Dipartimenti aziendali:

AREA OSPEDALIERA

- Dip. Strutturale Aziendale Medicina;
- Dip. Strutturale Aziendale Chirurgia;
- Dip. Strutturale Aziendale Salute della Donna e del Bambino;
- Dip. Strutturale Aziendale Medicina di Laboratorio;
- Dip. Strutturale Aziendale Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
- Dip. Strutturale Aziendale Medicina Legale, del Lavoro, Tossicologia e Sanità Pubblica;
- Dip. Strutturale Aziendale Cardio-Toraco-Vascolare;
- Dip. Strutturale Aziendale Neuroscienze e Organi di Senso;
- Dip. Strutturale Aziendale Emergenza-Urgenza;
- Dip. Funzionale Aziendale Coordinamento del Supporto Organizzativo e Tecnologico alla Ricerca Biomedica
- Dip. Funzionale Aziendale Gestione Rapporti con il Territorio
- Dip. Funzionale Aziendale Prevenzione e Terapia delle Patologie Infettive

AREA NON-OSPEDALIERA

- Dip. Strutturale Aziendale Servizi Amministrativi Generali;
- Dip. Strutturale Aziendale Risorse per i Servizi Tecnici ed Informatici;
- Dip. Strutturale Aziendale Risorse Materiali e Finanziarie;
- Dip. Strutturale Aziendale Servizi di Staff.

L'Atto Aziendale prevede, inoltre, una serie di Dipartimenti Interaziendali di seguito riportati:

DIPARTIMENTI STRUTTURALI INTERAZIENDALI PREVISTI DALLA NORMATIVA REGIONALE:

- Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIMT);
- Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale (DISM).

DIPARTIMENTI FUNZIONALI INTERAZIENDALI PREVISTI DALLA NORMATIVA REGIONALE

- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Riabilitazione Ospedale-Territorio";
- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Oncologico".

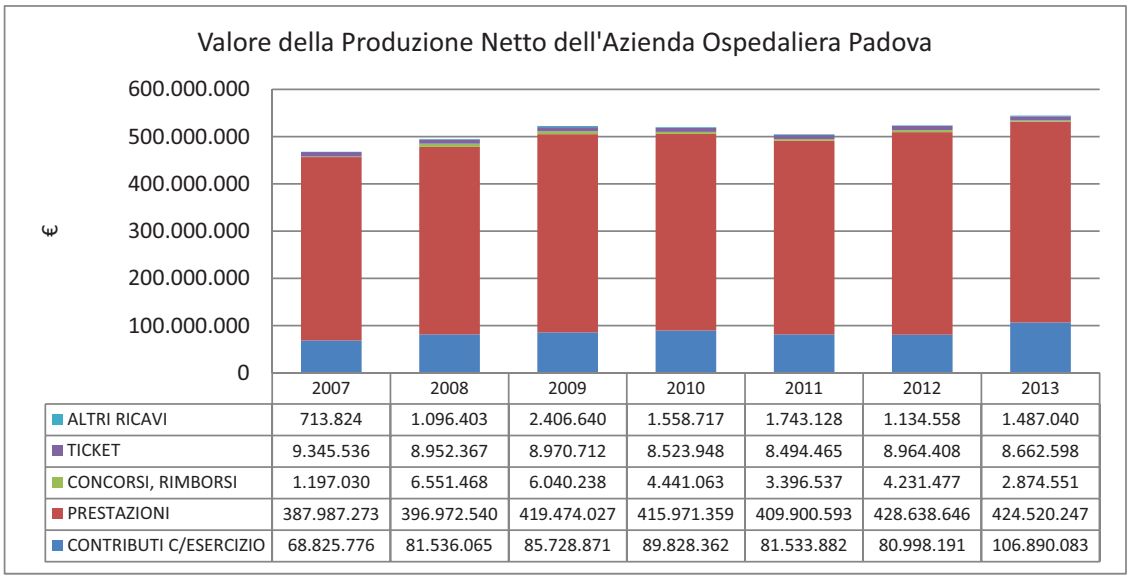
DIPARTIMENTI FUNZIONALI INTERAZIENDALI CONCORDATI CON LE AZIENDE SANITARIE DELLA PROVINCIA DI PADOVA

- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Politiche del Farmaco";
- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Anatomia Patologica";
- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Medicina di Laboratorio";
- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Radiologia";
- Dipartimento Funzionale Interaziendale "Medicina Legale e del Lavoro, Tossicologia e Igiene Pubblica".

3.3.2. Risorse strumentali ed economiche

La maggior parte del valore della produzione netto dell'Azienda deriva dalle prestazioni erogate (circa 80%), mentre l'altra componente importante è costituita dai contributi ricevuti (15% - 20%), per la gran parte regionali.

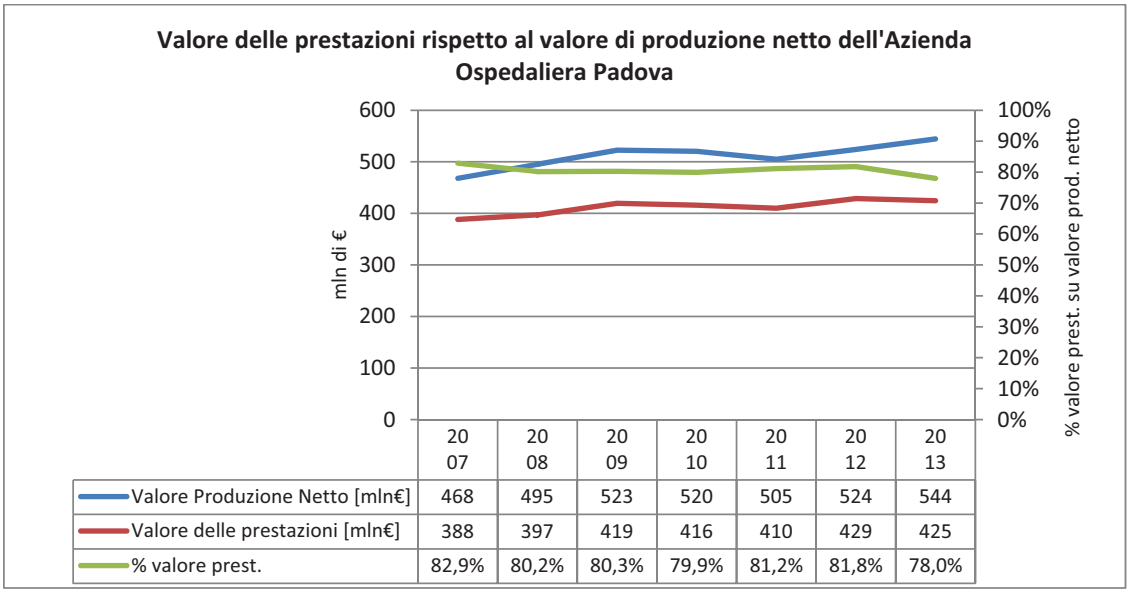
Di seguito si dà evidenza all'andamento del valore della produzione dal 2007.



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ALTRI RICAVI	713.824	1.096.403	2.406.640	1.558.717	1.743.128	1.134.558	1.487.040
TICKET	9.345.536	8.952.367	8.970.712	8.523.948	8.494.465	8.964.408	8.662.598
CONCORSI, RIMBORSI	1.197.030	6.551.468	6.040.238	4.441.063	3.396.537	4.231.477	2.874.551
PRESTAZIONI	387.987.273	396.972.540	419.474.027	415.971.359	409.900.593	428.638.646	424.520.247
CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	68.825.776	81.536.065	85.728.871	89.828.362	81.533.882	80.998.191	106.890.083

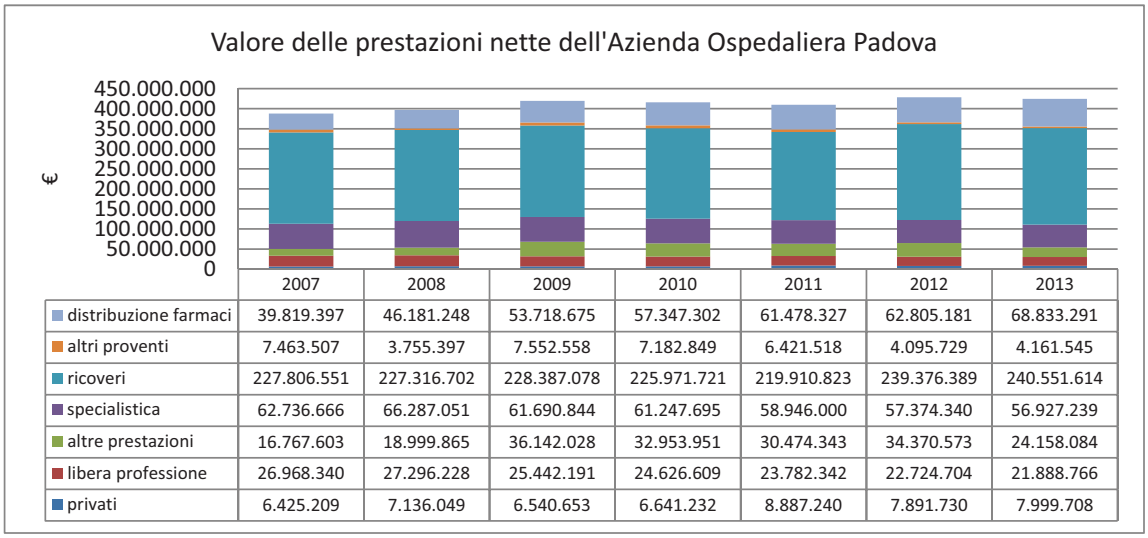
Il valore delle prestazioni rispetto al valore complessivo (in termini %) ha ridotto la sua rilevanza fino al 2010 a causa del sostenuto incremento dei contributi ricevuti, mentre negli anni successivi cresce per la progressiva contrazione dei contributi stessi, ad eccezione dell'ultimo esercizio.

Il valore assoluto delle prestazioni, invece, si presenta complessivamente in incremento fino al 2009, per poi contrarsi di 25 milioni di euro complessivamente nei due esercizi successivi, e crescere nuovamente nel 2012. Nel 2013 e nel 2014 avrà impatto sul valore della produzione l'entrata in vigore, a partire da luglio 2013, del nuovo tariffario della specialistica ambulatoriale, ridotto del 20% per la branca laboratorio.



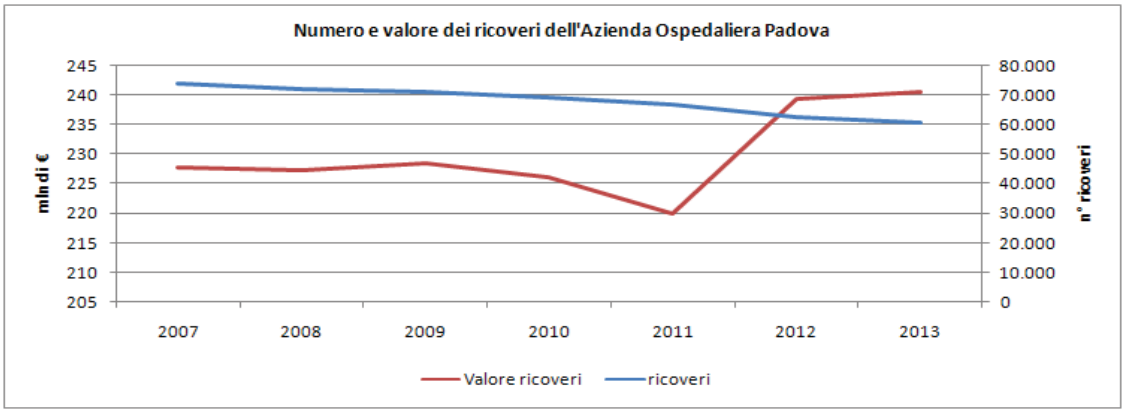
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Valore Produzione Netto [mln€]	468	495	523	520	505	524	544
Valore delle prestazioni [mln€]	388	397	419	416	410	429	425
% valore prest.	82,9%	80,2%	80,3%	79,9%	81,2%	81,8%	78,0%

I ricavi maggiori della voce prestazioni sono dati dai ricoveri (circa il 55% del totale); l'attività di specialistica ambulatoriale rappresenta invece circa il 15% e la distribuzione di farmaci un altro 15% (con trend in aumento).



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
distribuzione farmaci	39.819.397	46.181.248	53.718.675	57.347.302	61.478.327	62.805.181	68.833.291
altri proventi	7.463.507	3.755.397	7.552.558	7.182.849	6.421.518	4.095.729	4.161.545
ricoveri	227.806.551	227.316.702	228.387.078	225.971.721	219.910.823	239.376.389	240.551.614
specialistica	62.736.666	66.287.051	61.690.844	61.247.695	58.946.000	57.374.340	56.927.239
altre prestazioni	16.767.603	18.999.865	36.142.028	32.953.951	30.474.343	34.370.573	24.158.084
libera professione	26.968.340	27.296.228	25.442.191	24.626.609	23.782.342	22.724.704	21.888.766
privati	6.425.209	7.136.049	6.540.653	6.641.232	8.887.240	7.891.730	7.999.708

Dall'andamento del numero e del valore dei ricoveri dell'Azienda Ospedaliera si osserva che la riduzione dei ricoveri fino al 2011 non ha avuto significativi impatti sui ricavi. Il valore si è invece ridotto in modo importante nel 2011, per poi crescere nel 2012, nonostante la continua e progressiva riduzione dei ricoveri, in ragione dell'incremento tariffario stabilito dalla Regione del Veneto.



Il valore medio dei ricoveri risulta invece in continuo incremento, grazie anche all'aumento nella rilevanza di casistica ad alta complessità.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N. ricoveri	74.115	72.411	71.400	69.536	66.925	62.861	60.866
Valore ricoveri (mln €)	228	227	228	226	220	239	241
Valore medio ricovero	€ 3.074	€ 3.139	€ 3.199	€ 3.250	€ 3.286	€ 3.808	€ 3.952

All'incremento dell'attività specialistica svolta dall'Azienda Ospedaliera fino al 2010 non si è associato un incremento del valore della stessa, che anzi dal 2009 è in riduzione, in ragione della variazione del mix delle prestazioni con la riduzione dell'attività di radiologia e radiodiagnostica (nonostante la recente ripresa) e delle variazioni del tariffario regionale, come già osservato.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
valore medio prestazioni laboratorio	9,28	9,47	9,50	9,08	10,31	9,53	8,75
valore medio prestazioni branche a visita	39,83	43,02	44,66	44,03	43,62	44,83	43,46
valore medio prestazioni radiologia	85,48	85,90	83,80	76,35	74,19	75,94	75,50
valore medio prestazioni medicina riabilitativa	12,07	8,66	9,27	9,57	8,96	10,47	13,57

3.3.3. Risorse umane

La consistenza del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Padova è abbastanza stabile nel quadriennio 2010-2013, in termini di unità medie effettive e medie equivalenti, come illustrato dalla seguente tabella.

	2010	2011	2012	2013
Unità effettive (teste) medie annue	4.700	4.671	4.655	4.678
Unità equivalenti medie annue	4.292	4.276	4.279	4.342

	Variaz. 10-09	Variaz. 11-10	Variaz. 12-11	Variaz. 13-12
Unità effettive (teste) medie annue	49	-29	-16	23
Unità equivalenti medie annue	82	-16	3	63

	Variaz.% 10-09	Variaz.% 11-10	Variaz.% 12-11	Variaz.% 13-12
Unità effettive (teste) medie annue	1,05%	-0,62%	-0,34%	0,49%
Unità equivalenti medie annue	1,95%	-0,37%	0,07%	1,48%

Nella successiva tabella vengono analizzate le variazioni unitarie per singolo ruolo.

Unità effettive	2010	2011	2012	2013	Var. 11-10	Var. 12-11	Var. 13-12
TOTALE	4.700	4.671	4.655	4.678	-29	-16	23
SANITARIO	3.411	3.389	3.376	3.392	-22	-13	16
Medici	586	585	586	597	-1	1	11
Dirigenti non medici	55	57	59	59	2	2	0
Personale infermieristico	2.416	2.398	2.384	2.381	-18	-14	-3
Tecnici sanitari	296	291	292	301	-5	1	9
Tecnici riabilitativi	55	53	49	49	-2	-4	0
Personale vigilanza ispezione	3	5	6	5	2	1	-1
PROFESSIONALE	17	15	14	11	-2	-1	-3
Dirigenti professionali	10	9	9	9	-1	0	0
Comparto professionali	7	6	5	2	-1	-1	-3
TECNICO	874	872	877	884	-2	5	7
Dirigenti tecnici	4	4	3	4	0	-1	1
Comparto tecnici	286	276	268	264	-10	-8	-4
OTAA/OSS	584	592	606	616	8	14	10
AMMINISTRATIVO	398	395	388	391	-3	-7	3
Dirigenti Amministrativi	12	10	12	12	-2	2	0
Comparto amministrativi	386	385	376	379	-1	-9	3

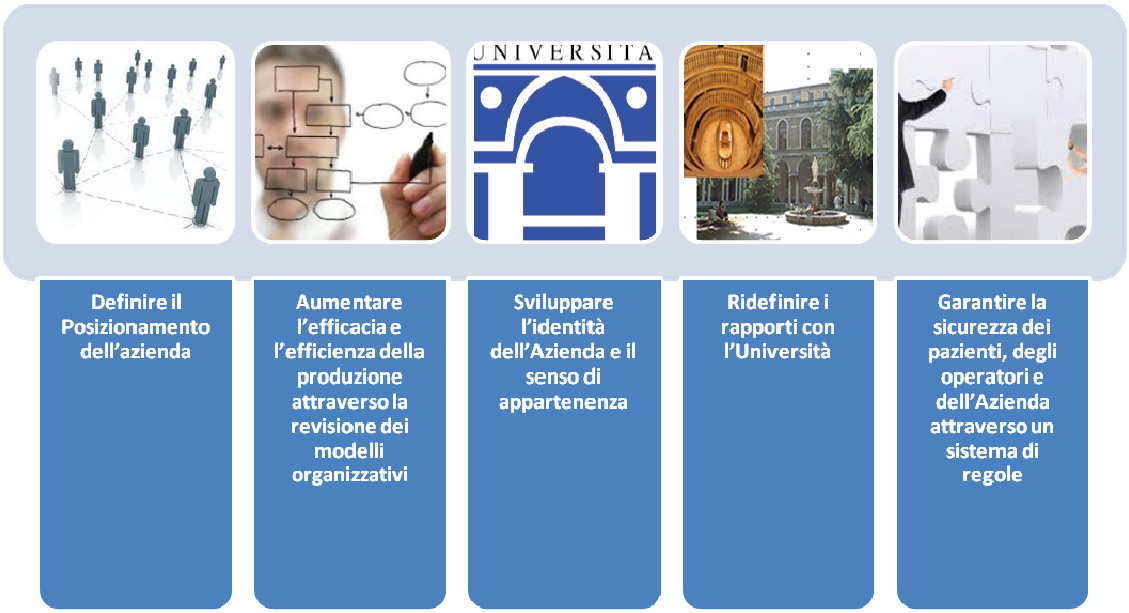
TOTALE	72	70	71	83	-2	1	12
Borsisti	57	59	60	69	2	1	9
Collaboratori Coord. e Continuat.	15	11	11	14	-4	0	3

Il personale a tempo determinato, invece, è in evidente diminuzione.

Unità effettive	2010	2011	2012	2013	Var. 11-10	Var. 12-11	Var. 13-12
TOTALE	98	59	49	35	-39	-10	-14
SANITARIO	77	50	41	30	-27	-9	-11
Medici	17	13	20	23	-4	7	3
Dirigenti non medici	4	2	2	3	-2	0	1
Personale infermieristico	49	28	11	1	-21	-17	-10
Tecnici sanitari	4	5	8	3	1	3	-5
Tecnici riabilitativi	3	2	0	0	-1	-2	0
PROFESSIONALE	3	4	5	3	1	1	-2
Dirigenti professionali	3	2	2	2	-1	0	0
Comparto professionali	0	2	3	1	2	1	-2
TECNICO	15	4	0	0	-11	-4	0
Dirigenti tecnici	1	1	0	0	0	-1	0
Comparto tecnici	0	0	0	0	0	0	0
OTAA/OSS	14	3	0	0	-11	-3	0
AMMINISTRATIVO	3	1	3	2	-2	2	-1
Dirigenti Amministrativi	3	1	3	2	-2	2	-1
Comparto amministrativi	0	0	0	0	0	0	0

4. Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici sono stati delineati nel Piano Triennale Aziendale 2013-2015 e rappresentano tuttora le linee di indirizzo per definire la programmazione aziendale. Si tratta delle seguenti cinque strategie:



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

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Definire il Posizionamento dell'Azienda	Sviluppare rapporti con le aziende sanitarie della provincia per condividere adeguate politiche dei ricoveri ospedalieri, della diagnostica e del farmaco
	Realizzare le reti cliniche previste nel Piano Socio Sanitario Regionale e implementare quelle già in essere (dove necessario)
	Adeguare l'organizzazione ospedaliera agli indirizzi regionali del PSSR 2012-2016
	Sviluppare rapporti con il territorio per la gestione delle liste di attesa
	Sviluppare un'attività di marketing

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi	Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale in area medica
	Sviluppare la funzione hub per l'area chirurgica attuando percorsi e modelli organizzativi (chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery, chirurgia d'elezione, chirurgia d'urgenza)
	Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie
	Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva
	Centralizzare attività ambulatoriale e di DH su base dipartimentale
	Sviluppare modelli organizzativi finalizzati all'utilizzo della capacità produttiva delle tecnologie coerenti con una domanda assistenziale appropriata
	Effettuare Interventi strutturali per il miglioramento funzionale e della sicurezza dei pazienti e degli operatori
	Migliorare ulteriormente i percorsi assistenziali di presa in carico del PS
	Migliorare l'accessibilità ai servizi
	Riorganizzare e migliorare l'efficienza dei servizi di trasporto interni
	Riorganizzare l'area tecnico-amministrativa e di staff
	Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate
	Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate
	Equilibrio Economico
	Continuare nello sviluppo dell'informatizzazione
	Migliorare le performance aziendali rispetto alla media Regionale degli indicatori del Progetto Bersaglio
	Progetto Nuovo Ospedale

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Sviluppare l'identità dell'Azienda e il senso di appartenenza	Divulgare all'esterno le peculiarità aziendali, dando piena applicazione alla normativa sulla Trasparenza
	Divulgare e utilizzare le indagini conoscitive sul Benessere Organizzativo
	Rivedere il sistema di riconoscimento e valorizzazione delle professionalità
	Sviluppare e diffondere i livelli di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Ridefinire i rapporti con l'Università	Analizzare, mappare e revisionare le convenzioni in essere
	Individuare il nuovo modello di integrazione tra Università degli Studi di Padova, Azienda Ospedaliera di Padova e Regione

OBIETTIVO STRATEGICO	ARTICOLAZIONE DELL'OBIETTIVO STRATEGICO
Garantire la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'Azienda attraverso un sistema di regole	Definire ed implementare percorsi assistenziali
	Governo integrato dei sistemi informatici a finalità informativa clinico-amministrativa
	Mappatura e contenimento del rischio amministrativo contabile e prevenzione della Corruzione
	Implementare i piani di settore per i settori prioritari (acquisti, investimenti, formazione, qualità, rischio clinico, controllo interno, personale)
	Garantire la sicurezza dell'operatore
	Garantire la sicurezza del paziente
	Migliorare la qualità dei flussi informativi
	Accreditamento e Certificazione ISO 9001

5. Dagli obiettivi strategici alla valutazione individuale

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

Si descrivono nell'allegato 1 gli obiettivi aziendali, declinati per gli anni 2015, 2016 e 2017.

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

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

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

5.1. Processo di budget

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

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

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

In corso d'anno gli obiettivi di budget vengono monitorati su base trimestrale dal Controllo di Gestione e Programmazione, che pubblica in un portale dedicato le schede di monitoraggio.

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

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

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

5.2. Processo di valutazione della perfomance individuale

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

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

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

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

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

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

5.2.1. Personale del Comparto

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

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

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

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

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

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

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

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

È prevista una procedura di ricorso per i dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori, che prevede il ricorso ad un collegio composto da tre componenti.

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

5.2.2. Personale della Dirigenza

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

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

La performance individuale viene determinata considerando i seguenti indicatori:

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

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

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

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

È prevista una procedura di ricorso per i dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori, che prevede il ricorso ad un collegio composto da tre componenti.

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

ALLEGATO 1

OBIETTIVI AZIENDALI ANNI 2015, 2016 e 2017

Definire il Posizionamento dell'Azienda					
Articolazione dell'obiettivo strategico	**Obiettivo Aziendale**				
	2014	**2015**	**Fonte**	**2016**	**2017**
Sviluppare rapporti con le aziende sanitarie della provincia per condividere adeguate politiche dei ricoveri ospedalieri, della diagnostica e del farmaco	Gestione dei pazienti attraverso protocolli condivisi con i centri spoke con riferimento al bacino provinciale (R)	Condivisione percorsi con centri spoke	Obiettivi Regionali 2014		
	Erogazione di attività specialistiche in tele-consulenza/tele-refertazione, attraverso protocolli condivisi su base provinciale e finalizzata alla presa in carico ed alla gestione comune del paziente (R)	Adeguamento sistema informatico a supporto della telerefertazione neurologica	Obiettivi Regionali 2014		
	Attuare le modalità condivise per la distribuzione diretta del Farmaco	Attuare modalità condivise per la gestione del Farmaco: progetto Cineca ARNO per una lettura integrata dei dati dei pazienti seguiti nella provincia di Padova	NUOVO (in continuità con Piano Triennale 2013-2015)	Partecipazione progetto Cineca ARNO per una lettura integrata dei dati dei pazienti seguiti nella provincia di Padova	
Realizzare le **reti cliniche** previste nel Piano Socio Sanitario Regionale e implementare quelle già in essere (dove necessario)	Ottimizzazione Rete Oncologica - Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013(R)	Ottimizzazione Rete Oncologica - Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Definire gli aspetti di competenza per l'attivazione della Breast Unit presso lo IOV, secondo quanto previsto della DGR 1173/2014	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
Adeguare l'organizzazione ospedaliera agli indirizzi regionali del PSSR 2012-2016	Formulazione Piano attuativo aziendale di adeguamento alle schede di dotazione ospedaliera (R)	Adeguamento della Dotazione di Posti Letto alla Programmazione Regionale (R A.3.1)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Attivazione dei Letti Monitorati secondo quanto previsto da DGR 2122/2013	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Attivazione del Centro di Contatto Regionale per la Mobilità Sanitaria Internazionale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Completamento atto aziendale	Completare attuazione Atto Aziendale	Documento Direttive 2014		

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Sviluppare rapporti con il territorio per la gestione delle liste di attesa	Rispetto Tempi d'attesa classe A	Rispetto Tempi d'attesa classe A	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Rispetto Tempi d'attesa classe A	Rispetto Tempi d'attesa classe A
	Rispetto Tempi d'attesa classe B	Rispetto Tempi d'attesa classe B	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Rispetto Tempi d'attesa classe B	Rispetto Tempi d'attesa classe B
	Rispetto Tempi d'attesa classe C	Rispetto Tempi d'attesa classe C	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Rispetto Tempi d'attesa classe C	Rispetto Tempi d'attesa classe C
	Stipula di un accordo con la ULSS 16 per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013 (R)	Stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013 con inserimento nel CUP in comune delle prestazioni concordate e rispetto dei tempi d'Attesa	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Predisposizione accordo e rispetto dell'offerta di base	Predisposizione accordo e rispetto dell'offerta di base
	Concorrere alla diminuzione del numero di prestazioni per abitante (R)	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica (R)	Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
Sviluppare un'attività di marketing	Aumento numero sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA (R)	Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Sviluppare attività finalizzate all'aumento dei finanziamenti relativi a progetti e ricerca clinica	Sviluppare attività finalizzate all'aumento dei finanziamenti relativi a progetti e ricerca clinica	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppare attività finalizzate all'aumento dei finanziamenti relativi a progetti e ricerca clinica	Sviluppare attività finalizzate all'aumento dei finanziamenti relativi a progetti e ricerca clinica
	Sviluppare attività di formazione verso l'esterno	Sviluppare attività di formazione verso l'esterno	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppare attività di formazione verso l'esterno	

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi					
Identificare i percorsi di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale in area medica	Riorganizzazione degenze su modello dipartimentale	Riorganizzare le degenze su modello dipartimentale	Piano Triennale 2013-2015	Implementazione del modello su base dipartimentale	Implementazione del modello su base dipartimentale
		Revisione del modello organizzativo del SECC	Obiettivi proposti dai Dipartimenti	Attuazione nuovo modello organizzativo	
Sviluppare la funzione hub per l'area chirurgica attuando percorsi e modelli organizzativi (chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery, chirurgia d'elezione, chirurgia d'urgenza)	Implementazione della week surgery e day surgery sulla base degli indirizzi regionali (R)	% ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery	% ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery
	Incremento dell'attività di alta complessità in chirurgia (R)	Concentrazione negli ospedali Hub dell'Attività di Alta Complessità	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Concentrazione negli ospedali Hub dell'Attività di Alta Complessità	Concentrazione negli ospedali Hub dell'Attività di Alta Complessità
	Elezione: gestione informatizzata delle liste di attesa e relativa reportistica (Day Surgery)	Gestione informatizzata delle liste di attesa: consolidamento interventi in RO	Piano Triennale 2013-2015	Monitoraggio gestione informatizzata delle liste di attesa	
Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie	Centralizzazione urgenze chirurgiche *(ultimazione lavori)*	Centralizzazione urgenze chirurgiche: Attivazione sale operatorie dedicate	Piano Triennale 2013-2015	Monitoraggio attivazione sale operatorie dedicate urgeza	
		Gestione integrata del politrauma	Obiettivi proposti dai Dipartimenti	Avvio gestione integrata del politrauma	Monitoraggio gestione integrata politrauma
	Aumentare l'efficienza nell'impiego delle sale operatorie (R)	Effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo Ricovero Ordinario) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	**2015**	**Fonte**	**2016**	**2017**
Coordinare l'attività operatoria e la terapia intensiva	Pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse UUOO *(documento)*	Pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse UUOO	Piano Triennale 2013-2015	Monitoraggio coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse UUOO	
	Definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto di chirurgia elettiva (*Definizione Numero PL*)	Identificazione criteri di utilizzo di posti letto di Terapia Intensiva a supporto di chirurgia elettiva	Piano Triennale 2013-2015	Applicazione criteri di utilizzo di posti letto di Terapia Intensiva a supporto di chirurgia elettiva	Monitoraggio criteri di utilizzo posti letto di Terapia Intensiva a supporto di chirurgia elettiva
Centralizzare attività ambulatoriale e di DH su base dipartimentale	Trasferimento e centralizzazione delle attività, ambulatoriali e dei servizi	Trasferimento e centralizzazione delle attività di DH, ambulatoriali e dei servizi	Piano Triennale 2013-2015	Trasferimento e centralizzazione delle attività di DH, ambulatoriali e dei servizi	Trasferimento e centralizzazione delle attività di DH, ambulatoriali e dei servizi
Sviluppare modelli organizzativi finalizzati all'utilizzo della capacità produttiva delle tecnologie coerenti con una domanda assistenziale appropriata	Implementazione dei progetti nelle varie aree di attività: -grandi tecnologie -ecografi -ecocardio e ECG, endoscopia digestiva	Implementazione dei progetti nelle varie aree di attività: -grandi tecnologie -ecografi -ecocardio e ECG, endoscopia digestiva -attività di coagulazione, ematologia, diagnostica molecolare	Piano Triennale 2013-2015	-area da individuare	-area da individuare

deliberazione n. 108 del 29/01/2015 pagina 50 di 64

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Effettuare Interventi strutturali per il miglioramento funzionale e della sicurezza dei pazienti e degli operatori	Lavori di ristrutturazione delle strutture "Policlinico" e "Monoblocco" e per l'area materno infantile: Avvio lavori	Lavori di ristrutturazione della struttura "Policlinico" - **Lotto 1:** - realizzazione/collaudo nuove S.O. - conclusione dei lavori strutturali			
		Lavori di ristrutturazione del Policlinico e per l'Area Materno Infantile – **Lotto 2**. Realizzazione interventi e spostamenti preliminari all'avvio dei lavori. Conclusione della gara d'appalto e affidamento incarico del Lotto 2.	Piano Triennale 2013-2015	Lavori di ristrutturazione del Policlinico e per l'Area Materno Infantile - Lotto 2. Avvio dei lavori di ristrutturazione.	Lavori di ristrutturazione del Policlinico e per l'Area Materno Infantile – Lotto 2. Collaudo parziale dei lavori di ristrutturazione.
	Adeguamento strutture e rientro delle attività di Odontoiatria e di Oculistica svolte presso altre sedi all'interno delle sedi dell'azienda	Rientro delle attività di Oculistica svolte presso altre sedi all'interno delle sedi dell'azienda	Piano Triennale 2013-2015		
	Inizio dell' attività collegate ai trapianti attualmente svolte presso il NITp di Milano	Inizio dell' attività collegate ai trapianti attualmente svolte presso il NITp di Milano	Piano Triennale 2013-2015	Completamento	
	Trasferimento trasfusionale al Giustinianeo	Nuovo Servizio Trasfusionale al 3P Monoblocco - Progettazione	Piano Triennale 2013-2015	Nuovo Servizio Trasfusionale al 3P Monoblocco - Aggiudicazione gara e lavori	Nuovo Servizio Trasfusionale al 3P Monoblocco - Conclusione lavori
		Nuovo Servizio di Anatomia Patologica presso il Giustinianeo Progettazione.		Nuovo Servizio di Anatomia Patologica presso il Giustinianeo Aggiudicazione gara e avvio lavori.	Nuovo Servizio di Anatomia Patologica presso il Giustinianeo Collaudo parziale dei lavori.
	Trasferimento delle attività programmate dalle sedi dell'Azienda alle nuove destinazioni di via Orus	Lavori in Via Orus. Conclusione dei lavori trasferimento delle attività di laboratorio dal Policlinico e Monoblocco all'Edificio B di Via Orus.	Piano Triennale 2013-2015	Lavori in Via Orus. Conclusione dei lavori presso l'edificio C per la realizzazione della Cell Factory e dei laboratori ABS-4.	

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Migliorare ulteriormente i percorsi assistenziali di presa in carico del PS	Identificazione e disponibilità di spazi per OBI in PS per ridurre ulteriormente i ricoveri potenzialmente inappropriati *[Stesura progetto realizzata nel 2014.* *Realizzazione progetto necessita adeguamenti strutturali previsti negli anni successivi]*		Piano Triennale 2013-2015	Adeguamenti strutturali	Adeguamenti strutturali
Migliorare l'accessibilità ai servizi	Accoglienza in PS - Predisposizione progetto	Percentuale di accessi con Durata accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Attivazione di percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia *[stipulando accordo con Ulss 16]*	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Completa revisione della cartellonistica esterna ed interna per facilitare l'accesso e la movimentazione dei pazienti	Definire modalità per mantenere aggiornata la segnaletica per facilitare l'accesso e la movimentazione dei pazienti	Piano Triennale 2013-2015	Mantenere aggiornata la segnaletica per facilitare l'accesso e la movimentazione dei pazienti	Mantenere aggiornata la segnaletica per facilitare l'accesso e la movimentazione dei pazienti
Riorganizzare e migliorare l'efficienza dei servizi di trasporto interni	Definizione di un piano per la riorganizzazione e ottimizzazione dei trasporti interni dei pazienti e dei campioni	Riorganizzazione e ottimizzazione dei trasporti interni dei pazienti: attuazione e monitoraggio	Piano Triennale 2013-2015		
Riorganizzare l'area tecnico-amministrativa e di staff	Completamento della riorganizzazione	Completare la riorganizzazione delle strutture tecnico-amministrative, in attuazione della DDG 7/2015	Piano Triennale 2013-2015		

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Stimolare la sensibilità sui costi delle risorse utilizzate		Miglioramento di tutti gli Indicatori di aderenza del rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco e Indicatori di appropriatezza della Regione Veneto	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Migliorare appropriatezza richieste prestazioni per interni, attraverso l'utilizzo delle richieste informatizzate e il collegamento alla cartella informatizzata	Obiettivi proposti dai Dipartimenti	Migliorare appropriatezza richieste prestazioni per interni	Migliorare appropriatezza richieste prestazioni per interni
		Migliorare appropriatezza prescrittiva degli anti-microbici per interni	Obiettivi proposti dai Dipartimenti	Migliorare appropriatezza prescrittiva degli anti-microbici per interni	Migliorare appropriatezza prescrittiva degli anti-microbici per interni
	Sviluppare analisi costi interventi chirurgici prioritari con la collaborazione delle UU.OO. coinvolte	Sviluppare analisi costi interventi chirurgici prioritari con la collaborazione delle UU.OO. coinvolte	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppare analisi costi interventi chirurgici prioritari con la collaborazione delle UU.OO. coinvolte	Sviluppare analisi costi interventi chirurgici prioritari con la collaborazione delle UU.OO. coinvolte
Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE) (R)	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi" , "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione"	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente)	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente)
	Applicare le nuove politiche di Assicurazione secondo le direttive regionali (R)	Adottare il modello di Autoassicurazione secondo le direttive regionali (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle aziende (R)	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale (R)	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale (R)

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Equilibrio Economico	Rispetto del tetto di costo: Personale (R)	Rispetto del tetto di costo: Personale (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera (R)	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Rispetto del tetto di costo: DM (R)	Rispetto del tetto di costo: DM (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Rispetto del tetto di costo: IDV (R)	Rispetto del tetto di costo: IDV (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A assegnato	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		Rispetto del pro capite pesato diretta di classe H assegnato	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Ridurre il delta (anno - anno precedente) Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) (R)	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Rispetto del vincolo sul Risultato Economico previsto da CR 154/2012 (R)	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Continuare nello sviluppo dell'informatizzazione	Implementare la lettera di dimissione e dei referti firmati digitalmente (R)	% di referti di Verbali Pronto Soccorso firmati rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% di referti di Verbali Pronto Soccorso firmati rispetto al totale	
		% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale	
		% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	
		% di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
		% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	Completare l'informatizzazione delle agende di prenotazione di tutte le tipologie di attività per esterni	Completare l'informatizzazione delle agende di prenotazione di tutte le tipologie di attività per esterni	Piano Triennale 2013-2015	Completare l'informatizzazione delle agende di prenotazione di tutte le tipologie di attività per esterni	
	Progettazione e avvio di un sistema per la gestione delle sale operatorie e dell'attività svolta	Implementazione di un sistema per la gestione delle sale operatorie e dell'attività svolta	Piano Triennale 2013-2015	Avvio modello	Monitoraggio e implementazione
	Implementazione informatizzazione richieste e refertazione consulenze pazienti ricoverati	Implementare l'informatizzazione delle richieste di consulenze per pazienti ricoverati	Piano Triennale 2013-2015	Consolidare	
	Allineare la procedura di richiesta informatizzata degli esami e relativa refertazione digitale	Allineare la procedura di richiesta informatizzata degli esami e relativa refertazione digitale	Piano Triennale 2013-2015		
	Aggiornamento informazioni e riferimenti delle UUOO presenti in intranet	Migliorare fruibilità sito intranet e mantenerla aggiornata	Piano Triennale 2013-2015		
	Miglioramento accessibilità e fruibilità informazioni contenute in intranet				
	Implementazione dei servizi di prenotazione attraverso il web	Implementare i servizi di prenotazione attraverso il web	Piano Triennale 2013-2015		

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Migliorare le performance aziendali rispetto alla media Regionale degli indicatori del Progetto Bersaglio	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.2)	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)
		% ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015		
	% parti cesarei primari	% parti cesarei primari	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% parti cesarei primari	% parti cesarei primari
		% ricoveri urgenti di alta complessità su totale ricoveri urgenti	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% ricoveri urgenti di alta complessità su totale ricoveri urgenti	% ricoveri urgenti di alta complessità su totale ricoveri urgenti
	% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)	% ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)	% ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)
	Percentuale di DRG medici in reparto chirurgico (R)	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici
	Analisi degli indicatori del Progetto Bersaglio e proposta di integrazione di obiettivi specifici delle aziende Ospedaliere	Analisi degli indicatori del Progetto Bersaglio e proposta di integrazione di obiettivi specifici delle aziende Ospedaliere (Gruppo di Lavoro Interregionale)	Piano Triennale 2013-2015	Analisi degli indicatori del Progetto Bersaglio e proposta di integrazione di obiettivi specifici delle aziende Ospedaliere (Gruppo di Lavoro Interregionale)	Analisi degli indicatori del Progetto Bersaglio e proposta di integrazione di obiettivi specifici delle aziende Ospedaliere (Gruppo di Lavoro Interregionale)

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Progetto Nuovo Ospedale	Sviluppo della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione del Veneto e gi altri attori coinvolti (R)	Prosecuzione della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione Veneto e gli altri attori coinvolti: definizione di massima di un nuovo accordo di programma in ottemperanza alla DGRV n.2292/2014	Obiettivi Regionali 2014	Prosecuzione della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione Veneto e gli altri attori coinvolti: approvazione dello studio di fattibilità e del progetto preliminare della nuova opera	Prosecuzione della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione Veneto e gi altri attori coinvolti: avvio delle procedure per l'affidamento dell'appalto per l'esecuzione

deliberazione n. 108 del 29/01/2015 pagina 57 di 64

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Sviluppare l'identità dell'Azienda e il senso di appartenenza					
Divulgare all'esterno le peculiarità aziendali, dando piena applicazione alla normativa sulla Trasparenza		Adempiere agli obblighi normativi in materia di Trasparenza	NUOVO	Adempiere agli obblighi normativi in materia di Trasparenza	Adempiere agli obblighi normativi in materia di Trasparenza
	Riprogettare il sito internet aziendale	Riprogettare il sito internet aziendale	Piano Triennale 2013-2015	Miglioramento accessibilità e fruibilità informazioni contenute nel sito web aziendale	Miglioramento accessibilità e fruibilità informazioni contenute nel sito web aziendale
	Effettuare incontri con stakeholder	Effettuare incontri con stakeholder nell'ambito del programma triennale per la trasparenza	Piano Triennale 2013-2015	Effettuare incontri con stakeholder nell'ambito del programma triennale per la trasparenza	Effettuare incontri con stakeholder nell'ambito del programma triennale per la trasparenza
	Pianificare campagne di comunicazione istituzionali	Pianificare campagne di comunicazione istituzionali	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppare la comunicazione	
Divulgare e utilizzare le indagini conoscitive sul Benessere Organizzativo	Realizzare le iniziative emerse dai risultati dell'indagine sul Benessere organizzativo	Realizzare le iniziative emerse dai risultati dell'indagine sul Benessere organizzativo	Piano Triennale 2013-2015	Realizzare le iniziative emerse dai risultati dell'indagine sul Benessere organizzativo	Realizzare le iniziative emerse dai risultati dell'indagine sul Benessere organizzativo
Rivedere il sistema di riconoscimento e valorizzazione delle professionalità	Revisione delle schede di valutazione individuale	Revisione delle schede di valutazione individuale associandole a obiettivi di budget	Piano Triennale 2013-2015	Implementazione nuove schede	Verifica applicazione ed eventuale revisione
	Sviluppare il piano formativo aziendale orientato alla valorizzazione delle professionalità	Sviluppare il piano formativo aziendale orientato alla valorizzazione delle professionalità	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppare il piano formativo aziendale orientato alla valorizzazione delle professionalità	Sviluppare il piano formativo aziendale orientato alla valorizzazione delle professionalità
Sviluppare e diffondere i livelli di responsabilità per le varie articolazioni organizzative aziendali	Realizzare e/o aggiornare Carta dei Servizi delle Strutture sanitarie e amministrative	Realizzare e/o aggiornare Carta dei Servizi delle Strutture sanitarie e amministrative	Piano Triennale 2013-2015	Realizzare e/o aggiornare Carta dei Servizi delle Strutture sanitarie e amministrative	Realizzare e/o aggiornare Carta dei Servizi delle Strutture sanitarie e amministrative

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Ridefinire i rapporti con l'Università					
Analizzare, mappare e revisionare le convenzioni in essere	Sviluppare l'analisi delle convenzioni in essere e revisionare alcune modalità di funzionamento	Sviluppare l'analisi delle convenzioni in essere con l'Università riguardo la Scuola di Medicina	Piano Triennale 2013-2015	monitoraggio	Verifica e monitoraggio
	Stipula degli accordi in paritetica	Stipula degli accordi con l'Università	Piano Triennale 2013-2015	Applicazione accordi	Applicazione accordi
		Gruppo di Lavoro per lo sviluppo del documento congiunto Ospedale-Università del Documento sulla Valutazione del Rischio	Obiettivi proposti dai Dipartimenti		
		Armonizzazione degli obiettivi di didattica e ricerca tra Università e Dipartimenti assistenziali	Obiettivi proposti dai Dipartimenti	Armonizzazione degli obiettivi di didattica e ricerca tra Università e Dipartimenti assistenziali	Armonizzazione degli obiettivi di didattica e ricerca tra Università e Dipartimenti assistenziali
Individuare il nuovo modello di integrazione tra Università degli Studi di Padova, Azienda Ospedaliera di Padova e Regione		Creazione Gruppo di Lavoro per lo sviluppo di una proposta progettuale e avvio dei lavori	Piano Triennale 2013-2015	Sviluppo della proposta	Definizione nuovo modello di integrazione (verso l'Azienda Integrata)

deliberazione n. 108 del 29/01/2015 pagina 59 di 64

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Garantire la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'Azienda attraverso un sistema di regole					
Definire ed implementare percorsi assistenziali	Definire percorsi: paziente diabetico, senologico e di riabilitazione	Armonizzazione presa in carico pazienti a livello dipartimentale	Obiettivi proposti dai Dipartimenti		
Governo integrato dei sistemi informatici a finalità informativa clinico-amministrativa	Completamento analisi dati per l'implementazione del sistema informativo di rilevazione delle informazioni integrate clinico-amministrative (Governo Clinico Digitale)	Completamento analisi dati per l'implementazione del sistema informativo di rilevazione delle informazioni integrate clinico-amministrative (Governance Sanitaria Direzionale)	Piano Triennale 2013-2015	Aggiornamento SI	Aggiornamento SI
Mappatura e contenimento del rischio amministrativo contabile e prevenzione della Corruzione	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo le tempistiche definite dal progetto regionale (R)	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo DDG 1612/2014 Piano di Sviluppo del Sistema di Controllo Interno	Obiettivi Regionali 2014	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo DDG 1612/2014 Piano di Sviluppo del Sistema di Controllo Interno	Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo DDG 1612/2014 Piano di Sviluppo del Sistema di Controllo Interno
	Percorso di prevenzione della Corruzione (D. Lgs 190/2012) (R)	Individuazione di ulteriori processi ritenuti a rischio di corruzione e relativa analisi del rischio nonché individuazione tempistica delle misure da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi			
		Individuazione dei dipendenti da inserire nel Programma annuale di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di rispetto dei Codici di comportamento, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione			
		Informazione in materia di prevenzione della corruzione e di rispetto dei Codici di comportamento			

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Implementare i piani di settore per i settori prioritari (investimenti, acquisti, formazione, qualità, rischio clinico, controllo interno, personale)	Sviluppo piani di settore e articolazione degli obiettivi nel budget di UO	Aggiornamento e monitoraggio piani di settore e articolazione degli obiettivi nel budget di UO	Piano Triennale 2013-2015	Aggiornamento piani	Aggiornamento piani
Garantire la sicurezza dell'operatore	Analisi non conformità sicurezza operatore (monitoraggio incidenti)	Analisi non conformità sicurezza operatore (monitoraggio incidenti)	Piano Triennale 2013-2015	Monitoraggio incidenti	Monitoraggio incidenti
Garantire la sicurezza del paziente	Applicazione normativa Risk Management	Applicazione normativa Risk Management	Piano Triennale 2013-2015	Applicazione delle procedure previste	Applicazione delle procedure previste
	Aumento numero di segnalazioni ADR (R)	Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci sul totale dei ricoveri (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci sul totale dei ricoveri (R)	Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci sul totale dei ricoveri (R)

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Migliorare la qualità dei flussi informativi	Adempimenti previsti nel questionario LEA (R)	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.
	Flusso consumi DM	Flusso consumi DM: % dei DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Flusso consumi DM: % dei DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	Flusso consumi DM: % dei DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)
	Flusso consumi IVD (R)	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)
		Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2
		Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3
		Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC
	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (R)	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing) (R)	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing) (R)	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing) (R)
	Completezza e Tempestività del flusso SDO (R)	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	DGRV 2525/2014 - Ob. Reg. 2015	almeno 95% schede inviate sul totale SDO chiuse	almeno 95% schede inviate sul totale SDO chiuse

Articolazione dell'obiettivo strategico	Obiettivo Aziendale				
	2014	2015	Fonte	2016	2017
Accreditamento e ceritificazione ISO 9001	Rinnovo L.R. 22/2002	Rinnovo L.R. 22/2002	Piano Triennale 2013-2015	Rinnovo L.R. 22/2002	
	Mantenimento/sviluppo accreditamenti ISO	Mantenimento/sviluppo accreditamenti ISO	Documento Direttive 2014	Mantenimento/sviluppo accreditamenti ISO	Mantenimento/sviluppo accreditamenti ISO

deliberazione n. 108 del 29/01/2015 pagina 63 di 64

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione è stata pubblicata in copia all'Albo di questa Azienda Ospedaliera di Padova per 15 giorni consecutivi dal 30/01/2015

Il Direttore
S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Caterina Dalla Zuanna)

CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 29/01/2015

Il Direttore
S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Caterina Dalla Zuanna)

Copia composta di n°64 fogli (incluso il presente) della delibera n. 108 del 29/01/2015 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

Il Direttore
S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Caterina Dalla Zuanna)