



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 222 DEL 16/04/2019**

Il Direttore del UOC Controllo di Gestione

Richiamata la Deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 31.01.2019 ad oggetto: “Adozione del Piano della Performance dell’Azienda Ulss 9 Scaligera per il triennio 2019-2021” con la quale si precisava di prevedere un successivo aggiornamento del Piano sopracitato, in quanto si attendevano i provvedimenti per l’assegnazione degli obiettivi regionali e dei tetti di spesa per l’anno 2019;

Considerato che la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;

Considerato che il Piano della Performance, conformemente agli indirizzi di legge, è un documento di programmazione aziendale che ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell’azienda);

Considerato che il presente documento è stato elaborato con l’ottica di piena integrazione e sinergia con il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2019-2021;

Considerato che il Documento di Direttive rappresenta lo strumento tecnico attraverso il quale le linee di indirizzo contenute nel Piano delle Performance trovano declinazioni specifiche e articolate dando unità, coordinamento e coesione ai propositi di gestione aziendale;

Ritenuto necessario integrare gli obiettivi contenuti nel “Piano della Performance per il triennio 2019-2021” già adottato con gli obiettivi stabiliti dalla DGRV n. 248 del 8 marzo 2019, ad oggetto “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019”;

Preso atto che la DGRV n. 248/2019 conferma che *“gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019 assumono piena validità e rilevanza - anche ai fini della valutazione di cui alla DGR n. 693/2013 e n. 2172/2016 per i Direttori Generali e, come disposto dall’art.5 dello schema contrattuale di cui alla DGR n. 17/2013, per i Direttori di Area di tutte le Aziende e Istituti del SSR”*;

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 222 DEL 16/04/2019**

Considerato che, in un'ottica di ottimizzazione che permetta di contenere i tempi della programmazione e del budget, è stata effettuata una scelta di metodo che prevede che il Piano delle Performance contenga anche le Direttive 2019;

Ritenuto di procedere, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, all'adozione dell'aggiornamento del Piano della Performance per il triennio 2019-2021 e Direttive 2019 allegato al presente atto quale sua parte integrante sostanziale e alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale dell'azienda;

Propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazione aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

**DELIBERA**

- 1) di adottare l'aggiornamento del Piano della Performance dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per il triennio 2019-2021 e Direttive 2019 allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 2) di pubblicare detto Piano sul sito istituzionale dell'Azienda nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- 3) di trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale per i conseguenti adempimenti di competenza.

**Il Direttore Sanitario    Il Direttore Amministrativo    Il Direttore dei Servizi  
Socio Sanitari  
F.TO dr.ssa Denise Signorelli F.TO dott. Giuseppe Cenci F.TO dott. Raffaele Grottola**

**IL DIRETTORE GENERALE  
F.TO dott. Pietro Girardi**

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 222 DEL 16/04/2019**

**ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITA'**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, 19/04/2019

P. il Direttore  
UOC Affari Generali  
F.TO Sig.ra. Romana Boldrin

---

**TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:**

UOC Controllo di Gestione

**TRASMESSA PER CONOSCENZA A:**

UOC Controllo di Gestione  
Tommaso Zanin  
Antonietta Ristaino  
Sara Gasparini



**Azienda ULSS 9 Scaligera**

**Piano della Performance 2019-2021 e**

**Documento delle Direttive 2019**

**Approvato con Delibera del Direttore Generale n. 222 del 16/04/2019**

## Indice

<b>PRESENTAZIONE DEL PIANO</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>5</b>
2.1. L'AZIENDA ULSS 9 IN CIFRE .....	8
<b>2.1.1. Il territorio e la popolazione</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1.2. L'utilizzo del sistema ACG per l'analisi dell'utilizzo delle risorse</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1.3. Tassi di accesso ai servizi sanitari</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1.4. L'assistenza ospedaliera</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.5. L'assistenza specialistica</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.6. L'assistenza distrettuale</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1.7. L'assistenza primaria</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1.8. L'assistenza domiciliare</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1.9. Il Dipartimento di Prevenzione</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1.10. Il personale dipendente</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1.11. Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento</b> .....	<b>27</b>
2.2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	30
<b>3. LE LINEE PROGRAMMATICHE ED IL DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE</b> .....	<b>33</b>
3.1. OBIETTIVI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....	34
3.2. CORRELAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – TRIENNIO 2019-2021 .....	37
3.3. LE ALTRE PROGETTUALITÀ AZIENDALI .....	38
3.4. LE LINEE PROGRAMMATICHE .....	39
<b>3.4.1. Area strategica 1: Erogazione dei LEA</b> .....	<b>41</b>
<b>3.4.2. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria</b> .....	<b>50</b>
<b>3.4.3. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi</b> .....	<b>51</b>
<b>3.4.4. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale</b> .....	<b>51</b>
3.5. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2019 .....	53
<b>4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>67</b>
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE .....	67
<b>4.1.1. I riferimenti normativi</b> .....	<b>67</b>
<b>4.1.2. Il sistema di misurazione e valutazione della performance</b> .....	<b>68</b>
4.2. METODOLOGIA AZIENDALE APPLICATA.....	69
<b>4.2.1. Programmazione</b> .....	<b>69</b>
<b>4.2.2. Formulazione del Budget</b> .....	<b>69</b>
<b>4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività</b> .....	<b>70</b>
4.3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	70
4.4. TIMING DEL PROCESSO.....	73
<b>5. CONCLUSIONI</b> .....	<b>74</b>

# PRESENTAZIONE DEL PIANO

---

*Alla luce dell'emanazione da parte della Giunta Regionale della DGR 248/2019 con l'assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento delle aziende sanitarie per l'anno 2019, si procede all'aggiornamento del Piano Performance per il triennio 2019-2021 adottato con DDG n. 41 del 31/1/2019.*

*Considerato la necessità di integrare al massimo i processi di programmazione, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il presente Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2019, permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.*

*Il Piano si prefigge di identificare gli elementi necessari alla misurazione, contabilizzazione e valutazione della performance dell'azienda, per rendere visibile a tutti gli interlocutori aziendali la strategia perseguita e le dimensioni di valore cui si fa riferimento.*

*Per esplicita previsione normativa, il Piano deve dare avvio al "ciclo della performance", ovvero alle attività tese a misurare l'efficacia della gestione collegando ad essa le previste procedure premiali; con esso si comunicano all'intera organizzazione le informazioni utili ad orientare i comportamenti ed a chiarire i valori ed i meccanismi attraverso i quali il contributo individuale verrà valutato.*

*Se però è vero che il Piano nasce per dare visibilità ai processi di valutazione e per orientare l'organizzazione verso criteri meritocratici, il Piano della Performance, sulla base della ricca documentazione che include, rende possibile a chi, per interesse istituzionale o come semplice cittadino, voglia procedere a verificare l'andamento dell'Azienda e la coerenza tra obiettivi perseguiti e conseguiti. Si ritiene che questo dia concretezza all'astratto concetto di "accountability" che, per convinzione personale prima ancora che per ruolo di amministratori, riteniamo sia dovere dell'azienda nei confronti di pazienti, contribuenti, politici ed istituzioni.*

*Non ultimo, la dichiarazione della strategia perseguita permette di dare chiarezza anche nei rapporti con i partner privati, convenzionati o fornitori, evidenziando i vincoli all'interno dei quali l'ULSS si muove, permettendo una più proficua collaborazione.*

*Venendo al merito della strategia aziendale, questa, alla luce del sistema istituzionale in cui operiamo, nasce dall'integrazione di stimoli interni e soprattutto esterni all'organizzazione. Nel Piano si rappresenteranno i contenuti della strategia facendo riferimento principalmente alle fonti che li determinano, ed in particolare:*

- agli obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Giunta alle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale, cui si affiancano gli specifici obiettivi definiti dal Consiglio Regionale,*
- agli obiettivi contenuti nei Piani di Zona, attraverso i quali si programma l'attività socio-sanitaria in collaborazione con i Comuni,*
- agli obiettivi relativi alla trasparenza ed all'anticorruzione che, secondo il legislatore, devono innervare l'intero ciclo della performance*
- ed ovviamente agli obiettivi che l'azienda ritiene di perseguire in autonomia, per il miglioramento dei propri servizi, il perseguimento delle eccellenze storiche e potenziali, il miglioramento dell'economicità della gestione nonché l'aumento del benessere organizzativo.*

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pietro Girardi

# 1. INTRODUZIONE

---

Il Piano della Performance è previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 e dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto con DGR 2205/2012 e DGR 140/2016, quale documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

L'elaborazione del Piano della Performance è effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013, e da avvio al ciclo di gestione della performance.

Il Piano descrive come misurare la performance aziendale in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza verso le Istituzioni e dei portatori di interessi e valori in genere. Inoltre la misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Corre obbligo ricordare che nel corso del 2018 si è dato avvio per la prima volta al ciclo della performance contemporaneamente alla riorganizzazione aziendale avvenuta in attuazione dell'Atto Aziendale adottato il 31 gennaio 2018 (DDG n. 58/2018). In questi primi due anni, se si considera che al momento della fusione esistevano molto spesso tre configurazioni distinte in termini di regole e protocolli interni, tutto il processo di programmazione e controllo ha rappresentato e rappresenta un importante momento conoscitivo ma allo stesso tempo è condizionato dal processo di integrazione aziendale. Proprio in ragione della complessità del processo di fusione ne consegue che il processo di budget deve essere orientato a creare sinergie: non solo confronto su obiettivi e indicatori ma strumento per l'integrazione e mezzo per facilitare il cambiamento organizzativo.

Il Piano si suddivide in tre parti:

- una descrizione del quadro di riferimento in cui opera l'Azienda, nella quale si riportano i dati principali sulle dimensioni e sull'attività, oltre ad una disamina della normativa di riferimento;
- l'illustrazione della strategia aziendale attraverso gli obiettivi perseguiti in base alle fonti che li determinano: in questa sezione è incluso il Documento delle Direttive 2019, che da avvio al processo di budget;
- la rappresentazione del ciclo della performance come effettivamente implementato nell'ULSS 9 Scaligera, con particolare riferimento agli strumenti di responsabilizzazione e valutazione individuale, inclusi i sistemi di premialità.

## 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

---

La Regione del Veneto, con legge n. 19 del 25/10/2016, avente ad oggetto “Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS” ha ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS dal giorno 1° gennaio 2017. In particolare la legge regionale, all’art. 14, ha previsto, con effetto dall’01/01/2017, la soppressione delle ULSS n. 21 e 22 e la loro incorporazione nell’Azienda ULSS n. 20.

Pertanto, il Direttore Generale con delibera n. 1 del 02/01/2017, preso atto delle disposizioni regionali emanate con la legge regionale n. 19, ha deliberato con effetto dall’01/01/2017 la soppressione delle ULSS n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo, la loro incorporazione nell’ULSS 20 di Verona che ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 9 Scaligera con sede legale in Verona, via Valverde, 42.

Il Direttore Generale, in conformità con le Linee Guida regionali (DGR 1306 del 16/8/2017), ha adottato l’Atto Aziendale della ULSS 9 Scaligera, approvato con Decreto regionale n 162 del 29 dicembre 2017, subordinatamente al recepimento delle modifiche in esso contenute.

Dopo l’adozione dell’Atto Aziendale e l’attribuzione degli incarichi temporanei necessari a garantire la continuità, l’Azienda conferirà nel 2019 gli incarichi dirigenziali definitivi sulla scorta delle indicazioni della Regione Veneto di cui alla DGR n. 2176 del 29/12/2017 “Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all’anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.”.

Per gli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario interessati dai processi di riorganizzazione che comportino una novazione della struttura, in relazione alle competenze attribuite, alla complessità ed alle risorse gestite, sarà data applicazione alla procedura prevista dall’art.15 comma 7bis del D.lgs. 502/92 e s.m.i.

La Regione del Veneto ha adottato con la L.R. 48 del 28 dicembre 2018 il Piano Socio Sanitario Regionale per gli anni 2019-2023, con l’esplicita adozione di un metodo di rappresentazione della programmazione che rimetta al centro la persona ed i suoi bisogni.

Particolare attenzione viene posta ai percorsi degli utenti, ed infatti *“il Piano non si sviluppa, come di consueto, descrivendo servizi e responsabilità, secondo le note strutture organizzative (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione) e relative curve di specializzazione, ma cerca di evidenziare i diversi percorsi degli utenti in relazione alle principali tipologie di bisogni/domanda a cui i servizi per la salute si trovano a dovere rispondere nell’attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica.”*

Il Piano si divide pertanto in una prima parte dedicata all'analisi dei bisogni e dei percorsi dei pazienti all'interno della rete di servizi erogati, ed una seconda parte dedicata ai Sistemi di Supporto.

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO	
<b>PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA</b>	
	1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari
	2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
	3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto
	4. La salute della donna e del bambino
	5. Il percorso del paziente in ospedale
	6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
	7. Le malattie rare
	8. La salute mentale
	9. L'integrazione socio-sanitaria
<b>PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO</b>	
	10. Il governo del sistema e il governo delle aziende
	11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario
	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
	13. Il governo e le politiche per il personale
	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
	15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie
	16. Rapporti con l'Università

Per le Aziende, in particolare ULSS, si prevede che “È compito primario delle aziende [...], individuare i fabbisogni di salute espressi e inespressi e verificare il grado di soddisfacimento dei cittadini rispetto ai servizi offerti, perciò l'azienda ULSS analizza e individua i bisogni di salute e organizza il sistema di offerta delle prestazioni pubbliche individuando gli erogatori in: strutture proprie, strutture private accreditate o altri erogatori a totale partecipazione pubblica.

L'Azienda ULSS ha il compito di organizzare i servizi per i cittadini, mediante la presa in carico del paziente per tutto il percorso di cura assicurando al cittadino un servizio sicuro e di qualità. L'opera delle Aziende sanitarie deve vertere anche sull'organizzazione ottimale dei servizi affinché essi siano efficaci ed efficienti ed appropriati.

[...]

Nell'esercizio delle loro funzioni accrescono le competenze e le conoscenze del sistema sanitario attraverso la valorizzazione del capitale umano e la promozione di strumenti per il miglioramento del governo clinico”

Sul fronte della programmazione economico finanziaria si precisa che la redazione del bilancio di previsione 2019 è stata effettuata osservando le direttive emanate da Azienda Zero di cui alla nota Prot. n. 15690 del 04/12/2018 avente ad oggetto “Acquisizione Bilanci Economici di Previsione per il 2019”.

La prima proposta di Bilancio Economico Preventivo 2019 dell'Azienda ULSS 9 è stata analizzata da Azienda Zero che, in attuazione all'incarico ricevuto dall'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, ha trasmesso le indicazioni operative per rimodulare ed omogeneizzare le proposte di bilancio economico di previsione per l'anno 2019, in occasione dell'incontro di monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali. Nella successiva proposta di Bilancio economico preventivo 2019 (BEP), che sarà consolidata a livello regionale entro le scadenze stabilite, sono pertanto stati rispettati i criteri esplicitati da Azienda Zero, tenendo presenti il vincolo di compatibilità con le risorse finanziarie e il perseguimento dell'equilibrio economico, in relazione alla situazione specifica della Azienda, e puntando al mantenimento della qualità e quantità dei risultati raggiunti nei livelli di assistenza e nel funzionamento dei servizi.

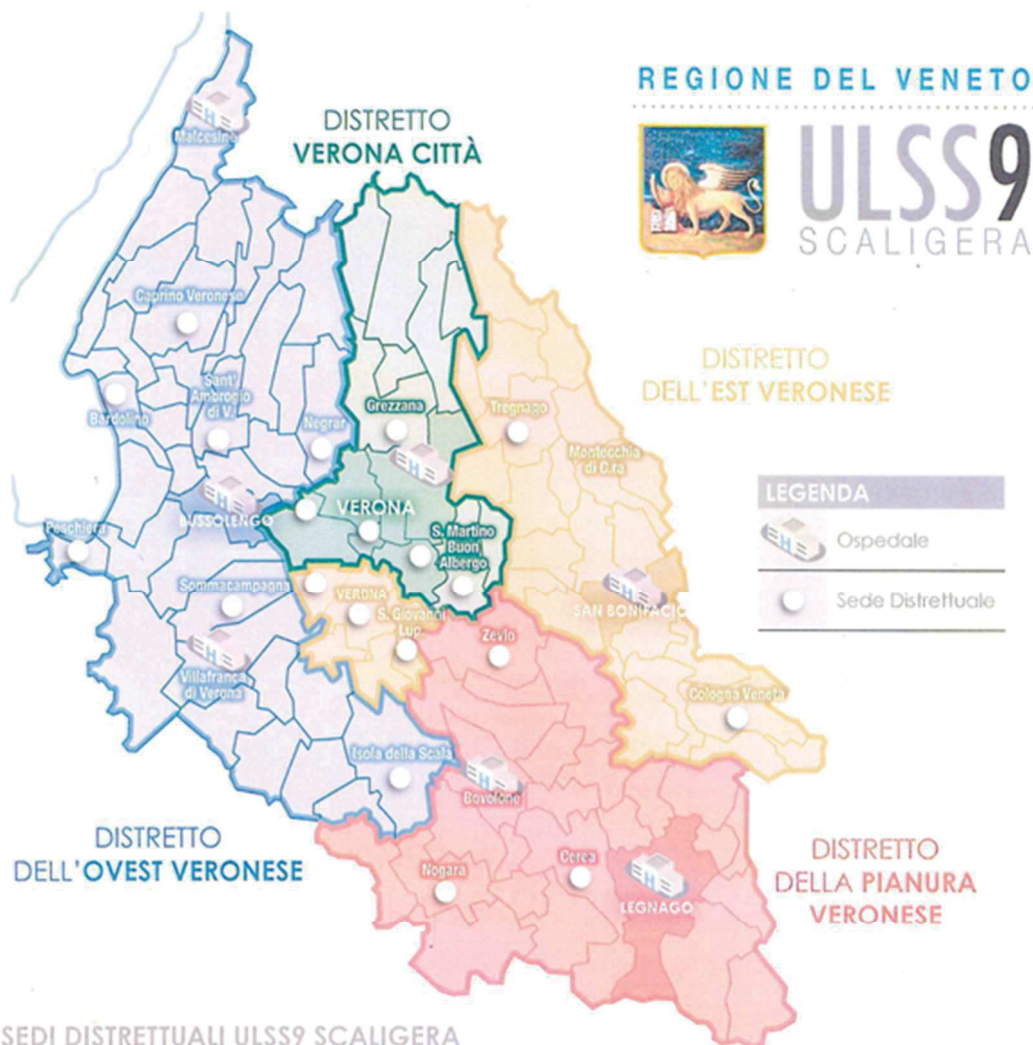
Con DGR n. 246 del 8/3/2019 La Regione ha approvato il bilancio preventivo economico consolidato del SSR e dei bilanci preventivi economici annuali degli Enti del SSR relativi all'esercizio 2019.

La Regione con DGR 333 del 26/3/2019 ha individuato le risorse da assegnare alle aziende sanitarie del SSR del Veneto per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020, chiedendo all'ULSS 9 Scaligera un risultato economico programmato non in perdita.

Per il 2019 la quota capitaria assegnata all'ULSS 9 Scaligera è di € 1.583 € (in crescita rispetto al 2018) per un totale di 1 miliardo e 461 milioni di finanziamento.

## 2.1. L'azienda ULSS 9 in cifre

La conoscenza di fattori caratterizzanti il territorio e la popolazione dell'azienda socio sanitaria, e di eventuali aree di discontinuità/disomogeneità ambientali e demografiche è sicuramente propedeutica all'elaborazione delle strategie aziendali, in quanto consente di individuare quelle macro tendenze e quei principali cambiamenti che possono influenzare positivamente o negativamente i bisogni di salute e l'efficacia dei servizi socio-sanitari.



### SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

Distretto VERONA CITTÀ			Distretto della PIANURA VERONESE		
<b>GREZZANA</b>	Piazza Bertani	045 807 5190	<b>BOVOLONE</b>	Piazzale Fleming - c/o Ospedale	045 6999519
<b>S. M. BUON ALBERGO</b>	Via Nazionale, 13	045 991 822	<b>CEREA</b>	Via Monte Carega	0442 30500
<b>VERONA</b>	Via Campania, 1	045 815 7341	<b>LEGNAGO</b>	Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale	0442 622376
	Via C. Menotti, 18/a	045 834 0464	<b>NOGARA</b>	Via Raffa - c/o Centro S.P.	0442 537823
	Via del Capitell, 22	045 878 7777	<b>ZEVIO</b>	Via Chiarenzi, 2	045 6068195
	Via Poloni, 1	045 807 5571	<b>Distretto dell'OVEST VERONESE</b>		
	Via della Prateria, 9C - Fraz. Montorio	045 884 0783	<b>BARDOLINO</b>	Via Gardesana Dell'Acqua, 9	045 6213100
Distretto dell'EST VERONESE			<b>BUSSOLENGO</b>	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
<b>COLOGNA VENETA</b>	Via Rinsascimento	0442 425 079	<b>CAPRINO VERONESE</b>	Via Cappuccini, 34	045 6207198
<b>MONTECCHIA DI C.R.A.</b>	Piazza Umberto, 1	045 745 0016	<b>SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA</b>	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara	045 6864202
<b>SAN BONIFACIO</b>	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped.	045 613 8426	<b>ISOLA DELLA SCALA</b>	Piazzale Kennedy, 1	045 6648422
<b>S. GIOVANNI LUP.TO</b>	Via Belluno, 14	045 829 9811	<b>MALCESINE</b>	Via Gardesana, 57	045 6589369
<b>TREGNAGO</b>	Via Massalongo, 7	045 780 8366	<b>NEGRAR</b>	Via Francia, 5	045 7501088
<b>VERONA</b>	Via Bengasi, 4	045 493 2111	<b>PESCHIERA DEL G.</b>	Via Milano, 2	045 7550046
	Via Valeggio, 39	045 950 655	<b>SOMMACAMPAGNA</b>	Piazza Repubblica, 1	045 510300
			<b>VILLAFRANCA DI V.</b>	Via ospedale, 2 - c/o Ospedale	045 6338480

### 2.1.1. Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di 3.097 kmq, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione complessiva, al 31/12/2017, di **922.821 residenti**, distribuita in **98 comuni** e raggruppata in **quattro distretti socio sanitari**. L'Azienda ULSS 9 confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella direttrice nord-sud con una **distanza di percorrenza di circa 150 km (1 ora e 40 minuti in macchina) tra i suoi comuni più lontani**: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte da montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m. (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.).

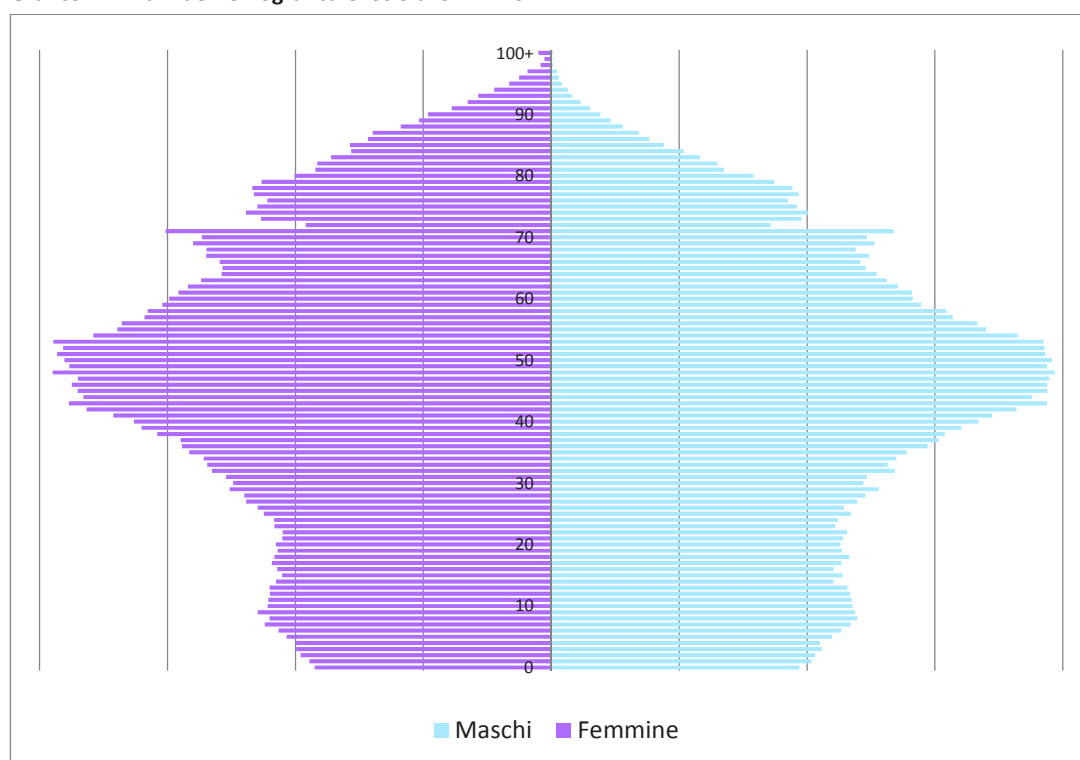
Non bisogna dimenticare infine che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica e che nel 2018 ha registrato più di 17,6 milioni di presenze con un +2% rispetto all'anno precedente (in crescita per il quarto anno consecutivo), di cui circa il 74% nell'area del Lago di Garda.

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni. Nell'anno 2017 la popolazione ha subito un lieve aumento rispetto all'anno precedente (+1.264 Abitanti)

Tabella 1 - Popolazione al 31/12/2017

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
da 0 a 4	20.512	19.380	39.892
da 5 a 14	46.264	43.824	90.088
da 15 a 24	45.352	42.834	88.186
da 25 a 44	116.143	115.127	231.270
da 45 a 64	135.961	135.911	271.872
da 65 a 74	46.186	51.354	97.540
oltre 75	41.101	62.872	103.973
<b>totale</b>	<b>451.519</b>	<b>471.302</b>	<b>922.821</b>

Grafico 1 - Piramide Demografica ULSS 9 al 31.12.2017



Nel corso del 2017 la popolazione anziana è aumentata attestandosi ad un valore di 160 anziani ogni 100 giovani in età compresa tra 0 e 14 anni e con un indice di carico sociale pari al 56,1%. Ciò significa che 100 persone in età attiva dal punto di vista lavorativo, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente “a carico” circa altre 56,1 persone che non lavorano perché ancora in età scolastica o in pensione.

**Tabella 2 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 Scaligera al 31.12.2017, suddivisa per Distretto (FONTE DATI: ISTAT)**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 31/12/2017	471.109	154.215	297.497	922.821
N. Comuni	36	25	37	98
Nati Vivi	3.911	1.163	2.487	7.561
Deceduti	4.854	1.641	2.601	9.096
Saldo naturale	-943	-478	-114	-1.535
N. famiglie	206.551	60.785	122.337	389.673
% residenti 0-14	13,75	13,97	14,68	14,09
% residenti >=65	22,85	22,06	20,12	21,84
% residenti stranieri	12,61	10,11	10,23	11,43
Indice di natalità	8,3	7,5	8,4	8,2
Indice di vecchiaia	1,7	1,6	1,4	1,6
Indice di carico sociale	57,7	56,3	53,4	56,1
Indice di dipendenza giovanile	21,7	21,8	22,5	22,0
Indice di dipendenza senile	36,0	34,5	30,9	34,1

*Indice di natalità = nati vivi / pop totale \*1000*

*Indice di vecchiaia = pop 65 oltre / pop 0-14*

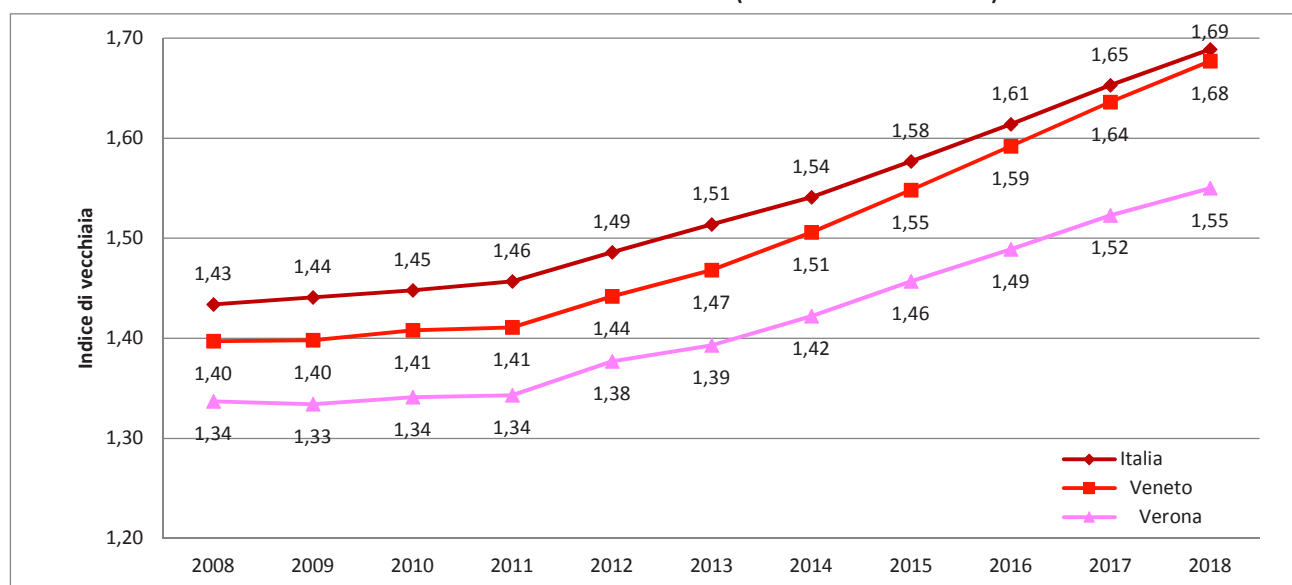
*Indice di carico sociale = [(pop 65 oltre + pop 0-14)/pop 15-64] \* 100*

*Indice di dipendenza giovanile = (pop 0-14 / pop 15-64)\*100*

*Indice di dipendenza senile = (pop 65 oltre / pop 15-64)\*100*

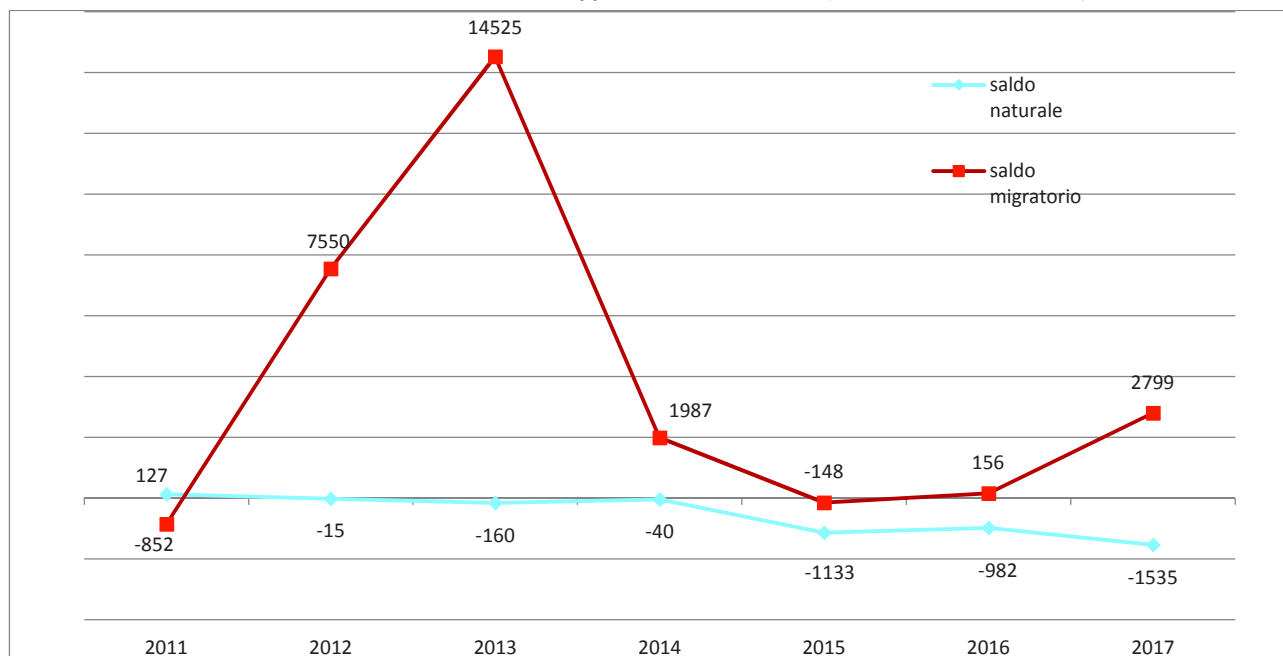
Il seguente grafico evidenzia un valore dell'indice di vecchiaia superiore rispetto l'anno precedente e che incrementa di anno in anno.

**Grafico 2 - Andamento indice di vecchiaia dell'ULSS nell'ultimo decennio (fonte: www.demoistat.it)**



Come dimostra l'andamento illustrato nel grafico sottostante, la popolazione residente presenta un saldo naturale (differenza tra nati e morti) negativo a partire dal 2011. Diversamente le migrazioni di stranieri e non (iscritti da altri comuni, ecc.) coprono il calo e determinano un saldo totale che nel 2017 torna positivo.

**Grafico 3 - Andamento del saldo naturale nei Comuni di appartenenza dell'ULSS 9 (fonte: www.demoistat.it)**

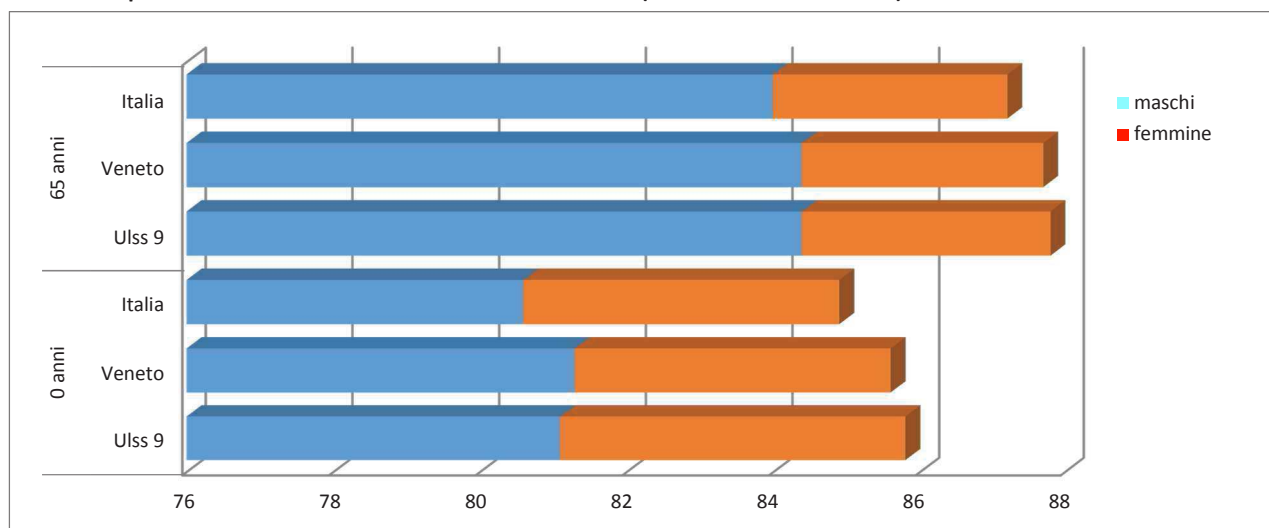


**Tabella 3 - Speranza di vita alla nascita e per età selezionate, per genere - Anno 2017**

Età	ULSS9		Regione Veneto		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0 anni	81,1	85,8	81,3	85,6	80,6	84,9
65 anni	19,4	22,8	19,4	22,7	19	22,2

La speranza di vita, anche denominata "attesa di vita", è un indicatore che viene calcolato solitamente alla nascita, a 15, a 65 e 75 anni. Essa rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età indicata; in particolare la speranza di vita alla nascita esprime il numero medio di anni vissuti da una generazione di nati.

**Grafico 4 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni – Anno 2017 (fonte: www.demoistat.it)**

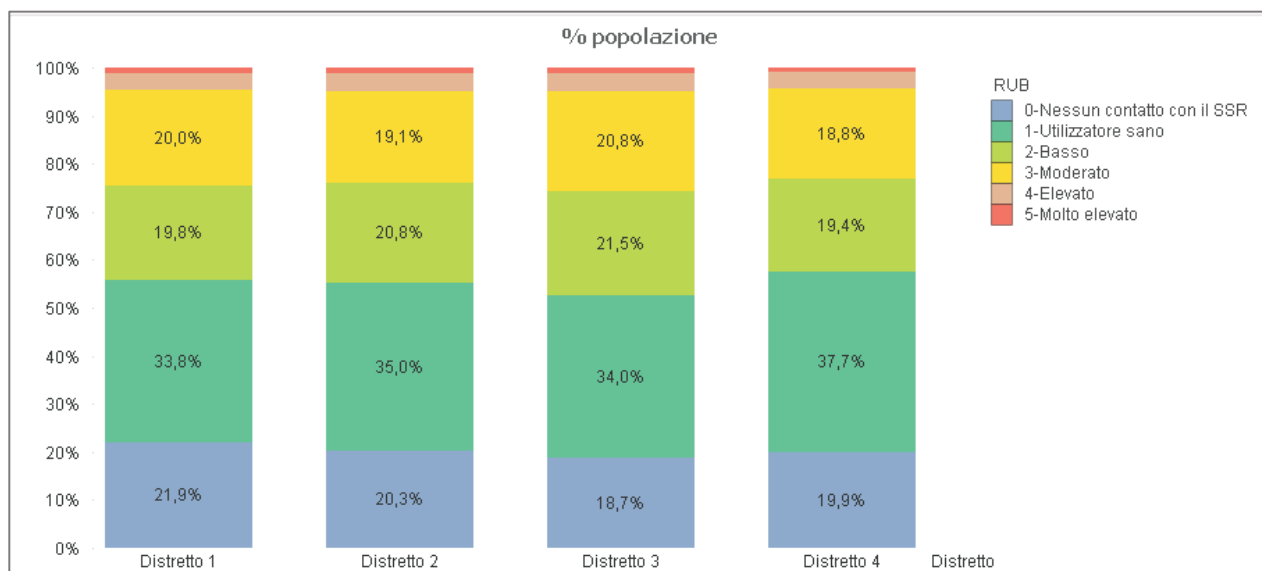


### 2.1.2. L'utilizzo del sistema ACG per l'analisi dell'utilizzo delle risorse

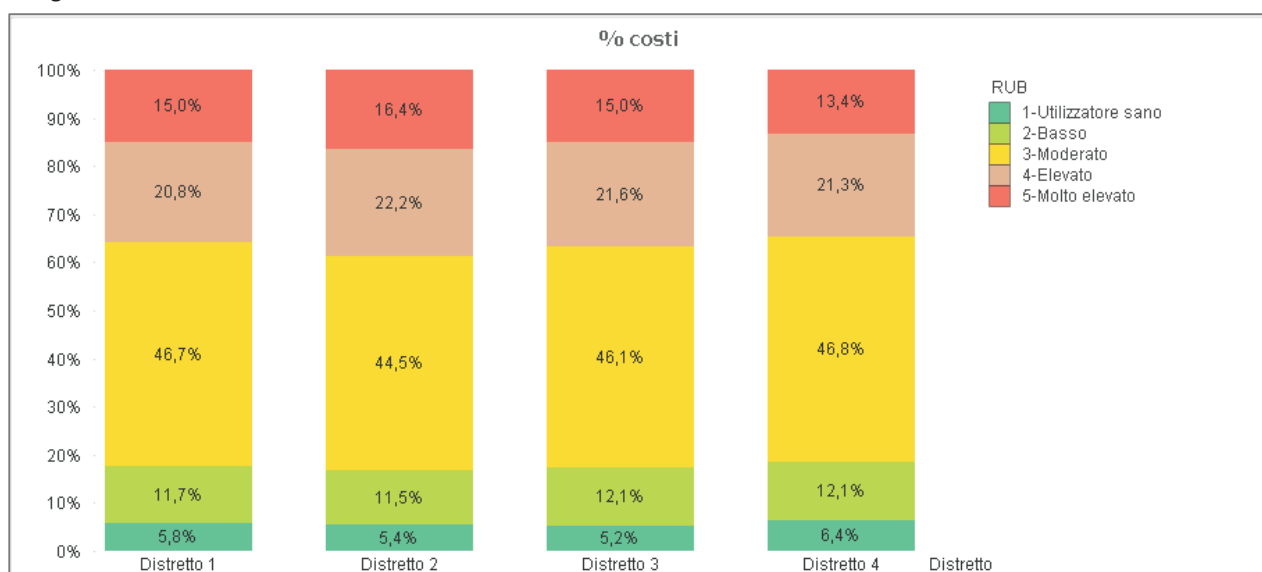
Il generale invecchiamento della popolazione e il maggiore carico assistenziale legato al crescere dell'età impongono di ripensare alle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria per poter offrire risposte mirate ai bisogni sanitari della popolazione. Al fine di identificare i bisogni e conseguentemente strutturare una risposta assistenziale adeguata, l'Azienda Ulss 9 Scaligera utilizza il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), adottato dalla Regione del Veneto. ACG è uno strumento di misurazione e di analisi delle condizioni di salute in grado di classificare tutta la popolazione per livello di complessità assistenziale a partire dalle combinazioni di diagnosi presenti contemporaneamente nello stesso assistito.

Stratificando la popolazione per livelli crescenti di complessità assistenziale (classi di rischio), si evidenzia come circa il 24% della popolazione dell'ULSS 9 Scaligera sia responsabile dell'82% del consumo di risorse e come il carico di malattia sia correlato con il crescere dell'età.

**Grafico 5 - Distribuzione per carico di malattia (RUB) nella popolazione generale per Distretto. Anno 2017. Fonte: archivio ACG Azienda ULSS 9 Scaligera**



**Grafico 6 - Distribuzione dei costi totali per carico di malattia (RUB) per Distretto. Anno 2017. Fonte: archivio ACG Azienda ULSS 9 Scaligera.**



L'utilizzo del sistema ACG permette di confrontare il case-mix dei quattro Distretti dell'Azienda, identificare assistiti affetti da determinate patologie, creare liste di care management al fine di attribuire ai Distretti un budget tarato

sull'effettivo case mix della propria popolazione, stimolare l'utilizzo di best practice sperimentate ed evidenziare possibili azioni di razionalizzazione della spesa.

**Tabella 4 - Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2017**

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale (Ulss 9)
Età media	46,5	43,3	44,9	43,5	44,5
Case-mix (media dei pesi locali)	1,02	1,01	1,08	0,93	1,00
% assistiti con una condizione ospedaliera dominante >=1	6%	5%	5%	5%	5%
% assistiti con condizioni croniche >=3	9%	9%	10%	8%	9%
% assistiti con problemi di salute (ADGs ) maggiori >2	2%	2%	2%	2%	2%
N° medio diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)	1,2	1,2	1,3	1,1	1,2
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)	1,9	1,9	2,0	1,9	1,9
N° persone con DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	13.609	12.450	9.522	14.756	50.349
N° persone con DEMENZA ultra 65 anni (da diagnosi o farmaci)	3.271	2.838	1.861	3.114	11.084
N° persone con SCOMPENSO (solo da diagnosi)	4.258	3.659	2.439	4.138	14.494
N° persone con BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)	1.844	1.646	1.394	2.372	7.257

Dal carico assistenziale atteso (peso medio) di una sotto-popolazione è possibile derivare il costo atteso, cioè il costo che ci si attenderebbe sulla base del carico assistenziale di quella specifica popolazione. Rapportando il costo medio osservato al costo medio atteso si ottiene l'indice di performance. Valori dell'indice superiori a 1 indicano costi osservati maggiori di quelli attesi, mentre valori inferiori all'unità indicano costi osservati inferiori a quelli attesi.

Dall'archivio ACG 2016 della popolazione regionale emerge come l'Azienda Ulss 9 Scaligera abbia un costo totale medio per assistito superiore al costo medio della popolazione regionale di circa 66 euro, ma anche come parte di questo costo (pari a circa 40 euro) sia giustificato da una maggiore complessità dello stato di salute della popolazione veronese rispetto al totale della popolazione veneta.

**Tabella 5 - Indicatori di sintesi: utilizzo delle risorse e indici di predittività del sistema ACG. Anno 2016**

Indicatori	ULSS 9	VENETO
Ricoveri per 100 assistiti (escluso Parti e Traumatismi)	10,6	9,9
Accessi in pronto soccorso per 100 assistiti (escluso accessi esitati in ricovero ospedaliero)	31,8	28,5
Costo farmaci medio	280,1	264,9
Costo totale medio osservato	1.048,67	982,36
Costo totale medio atteso	1.021,17	982,36
Rapporto costo totale osservato/atteso	1,03	1
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di alto costo nell'anno successivo	1,30%	1,20%
Percentuale assistiti con elevata probabilità (>50%) di ospedalizzazione nell'anno successivo	0,40%	0,40%

### 2.1.3. Tassi di accesso ai servizi sanitari

Nelle seguenti pagine saranno presentati i principali dati che descrivono l'attività dell'azienda, utilizzando ove possibile fonti esterne, nell'ultimo periodo disponibile e con una stima per i dati eventualmente in consolidamento.

**Tabella 6 - Tassi di ospedalizzazione anno 2018**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	509. Scaligera
<b>Tasso Std. N. Dimissioni</b>				
Ricoveri ex ULSS	26,58	79,72	26,72	<b>36,55</b>
Ricoveri Istituto privato ex ULSS	30,21	17,89	66,12	<b>39,43</b>
Mobilità passiva intra regione (pubblico)	74,98	26,03	28,66	<b>52,51</b>
Mobilità passiva intra regione (privato)	0,84	1,41	0,42	<b>0,8</b>
Mobilità passiva extra regione	7,95	13,19	12,63	<b>10,27</b>
<b>Totale</b>	<b>140,56</b>	<b>138,24</b>	<b>134,55</b>	<b>139,56</b>

*\*Dati 2018, estratti da DWH Regionale. "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera - Tassi" estratti in data 2/4/2019. Mobilità passiva extraregione pari al dato 2017.*

**Tabella 7 - Tasso di consumo x1.000 abitanti prestazioni specialistiche Anno 2018**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	509. Scaligera
<b>Tasso standardizzato prestazioni ambulatoriali (x1000 abitanti)</b>				
Esami di laboratorio	9.547	9.520	8.780	9.297
Classe B "Breve" 10gg	486	443	588	510
Classe D "Differita" entro 30gg	826	623	653	738
Classe P "Programmabile" entro 90gg (inclusi controlli)	2.338	2.169	2.258	2.284
<b>Totale 2018</b>	<b>13.197</b>	<b>12.755</b>	<b>12.279</b>	<b>12.829</b>
di cui da privato accreditato	<b>20,90%</b>	<b>16,47%</b>	<b>34,36%</b>	<b>24,26%</b>

*\*Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "Specialitica - Prestazioni - Tassi", cubo "Specialitica - Prestazioni - Tassi" estratti in data 8/4/2019 (il dato non include mobilità passiva extraregionale)*

**Tabella 8 - Tasso di accesso in PS x1.000 abitanti Anno 2018**

	Distretti Verona Città e Est Veronese	Distretto Pianura Veronese	Distretto Ovest Veronese	ULSS 9
<b>Triage in uscita</b>	<b>Tasso Grezzo accessi in PS x1.000 abitanti</b>			
Bianco	174,18	191,40	177,77	<b>178,22</b>
Verde	163,66	188,15	181,58	<b>173,53</b>
Giallo	25,18	30,78	17,75	<b>23,72</b>
Rosso	2,44	2,38	1,72	<b>2,20</b>
Non indicato	9,42	9,32	2,24	<b>7,09</b>
<b>Totale</b>	<b>374,88</b>	<b>422,03</b>	<b>381,05</b>	<b>384,75</b>

*\*Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti il 8/4/19*

**Tabella 9 - Confronto ULSS 9-Regione Veneto 2018**

	ULSS 9	Regione Veneto	Standard
Tasso di Ospedalizzazione	139,56	135,26	135,00
Tasso Grezzo accessi in PS x1.000 abitanti	384,75	352,02	n.d.
Tasso standardizzato prestazioni ambulatoriali (x1000 abitanti) (senza laboratorio)	3.531,98	3.503,95	4.000,00

Nel confronto con gli standard di programmazione regionale e la media della Regione Veneto, la ULSS 9 evidenzia un consumo per le prestazioni ambulatoriali sotto lo standard, mentre registra un Tasso di ospedalizzazione da ridurre.

### 2.1.4. L'assistenza ospedaliera

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale che contribuisce alla promozione, al mantenimento e al ripristino delle condizioni di salute della popolazione assicurando le prestazioni di ricovero, comprese nel livello di assistenza ospedaliera, prevalentemente alle persone con patologia in fase acuta che non possano essere assistite in modo ugualmente efficace ed efficiente nell'ambito dei Servizi territoriali.

L'Azienda presenta una rete di offerta molto ampia composta da diversi tipi di strutture organizzate e classificate così come previsto dalla DGR 2122/2013 (come modificata con DGRV 353/2018) per un totale di 2.182 posti letto:

- quattro Presidi Ospedalieri di Rete ubicati nei comuni di San Bonifacio, Legnago, Bussolengo e Villafranca;
- tre Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico ad indirizzo Riabilitativo ubicati nei comuni di Verona, Bovolone e Malcesine;
- sette strutture private accreditate operanti nei comuni di Verona, Garda, Negrar e Peschiera del Garda.

Tabella 10 – Ospedali dell'ULSS 9

Struttura ospedaliera	Descrizione	Num. Posti letto *	di cui n. posti letto riabilitazione
<b>Ospedale di San Bonifacio</b>	Presidio Ospedaliero di Rete	318	40
<b>Ospedale di Legnago</b>	Presidio Ospedaliero di Rete	365	15
<b>Ospedale di Bussolengo</b>	Presidio Ospedaliero di Rete	120	55
<b>Ospedale di Villafranca</b>	Presidio Ospedaliero di Rete	187	10
<b>Totale posti letto Presidi Ospedalieri di Rete</b>		<b>990</b>	<b>120</b>
<b>Ospedale di Marzana</b>	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	90	90
<b>Ospedale di Bovolone</b>	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	53	53
<b>Ospedale di Malcesine</b>	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	50	50
<b>Totale posti letto Ospedali Monospecialistici ad indirizzo riabilitativo</b>		<b>193</b>	<b>193</b>
<b>C.C. Centro Riabilitativo Veronese</b>	Struttura privata accreditata	49	49
<b>C.C. San Francesco</b>	Struttura privata accreditata	44	10
<b>C.C. Villa Santa Chiara</b>	Struttura privata accreditata	82	
<b>O.CL. Villa Santa Giuliana</b>	Struttura privata accreditata	89	
<b>C.C. Villa Garda</b>	Struttura privata accreditata	69	69
<b>O.CL. Sacro Cuore – Don Calabria</b>	Struttura privata accreditata	442	79
<b>C.C. Pederzoli</b>	Struttura privata accreditata	224	18
<b>Totale posti letto Strutture private accreditate</b>		<b>999</b>	<b>225</b>
<b>Totale posti letto ULSS 9 Scaligera</b>		<b>2.182</b>	<b>538</b>
* da DGR 2122/2013 (incluse modifiche apportate dalla DGRV 353/2018)			

**Tabella 11 - Ricoveri erogati dalle strutture aziendali anno 2018**

	Strutture Private		Strutture Pubbliche		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
Ospedali Distretti 1 e 2	7.204	€ 34.206.761,17	13.553	€ 45.878.898,40	<b>20.757</b>	<b>€ 80.085.659,57</b>
Ospedali Distretto 3	.	.	15.698	€ 57.904.760,96	<b>15.698</b>	<b>€ 57.904.760,96</b>
Ospedali Distretto 4	53.242	€ 209.092.638,91	11.260	€ 32.424.322,30	<b>64.502</b>	<b>€ 241.516.961,21</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>60.446</b>	<b>€ 243.299.400,08</b>	<b>40.511</b>	<b>€ 136.207.981,66</b>	<b>100.957</b>	<b>€ 379.507.381,74</b>

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera 2017" estratti in data 9/4/2019

Si noti l'andamento dei ricoveri nel corso del 2018, confrontando i valori con il 2017.

**Tabella 12 - Ricoveri erogati dalle strutture aziendali anno 2017**

	Strutture Private		Strutture Pubbliche		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
Ospedali Distretti 1 e 2	6.908	€ 32.549.985,84	14.438	€ 48.917.486,08	<b>21.346</b>	<b>€ 81.467.471,92</b>
Ospedali Distretto 3	.	.	15.902	€ 57.971.924,23	<b>15.902</b>	<b>€ 57.971.924,23</b>
Ospedali Distretto 4	51.085	€ 206.171.884,19	12.694	€ 36.287.448,83	<b>63.779</b>	<b>€ 242.459.333,02</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>57.993</b>	<b>€ 238.721.870,03</b>	<b>43.034</b>	<b>€ 143.176.859,14</b>	<b>101.027</b>	<b>€ 381.898.729,17</b>

\* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera 2017" estratti in data 13/3/2018

A fronte di una generale diminuzione dei ricoveri sia in numero che in valore, le strutture private incrementano l'attività, mentre quelle pubbliche la riducono (in particolare nei distretti 1, 2 e 4).

**Tabella 13 - Accessi di Pronto Soccorso aziendali anno 2018**

	Distretti Verona Città e Est Veronese		Distretto Pianura Veronese		Distretto Ovest Veronese		ULSS 9	
	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)
Bianco	29.014	0%	30.692	0%	70.631	0%	<b>130.337</b>	<b>0%</b>
Verde	24.388	19%	30.358	6%	69.648	15%	<b>124.394</b>	<b>14%</b>
Giallo	1.405	85%	4.846	98%	4.710	78%	<b>10.961</b>	<b>88%</b>
Rosso	194	63%	334	83%	416	53%	<b>944</b>	<b>65%</b>
Non indicato	1.311	0%	1.653	0%	270	3%	<b>3.234</b>	<b>0%</b>
<b>Totale</b>	<b>56.312</b>	<b>11%</b>	<b>67.883</b>	<b>10%</b>	<b>145.675</b>	<b>10%</b>	<b>269.870</b>	<b>10%</b>
<i>di cui</i>								
Osservazione Intensiva Breve	7.067	26%	7.643	24%	13.997	24%	<b>28.707</b>	<b>24%</b>
<b>Anno 2017</b>	<b>54.686</b>	<b>11%</b>	<b>66.185</b>	<b>11%</b>	<b>147.492</b>	<b>10%</b>	<b>268.363</b>	<b>10%</b>

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti in data 26/2/2019

Gli accessi in PS sono aumentati nel complesso, ma con una riduzione nel Distretto 4 ed un incremento negli altri.

### 2.1.5. L'assistenza specialistica

**Tabella 14 - Specialistica erogata dalle strutture aziendali anno 2018**

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
Distretti Verona Città e Est Veronese	2.443.816	27.164.020	1.129.857	19.154.192	<b>3.573.673</b>	<b>46.318.212</b>
Distretto Pianura Veronese	1.505.043	26.276.565	261.354	1.167.581	<b>1.766.397</b>	<b>27.444.147</b>
Distretto Ovest Veronese	1.715.819	19.501.171	1.640.085	71.682.360	<b>3.355.904</b>	<b>91.183.532</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>5.664.678</b>	<b>72.941.757</b>	<b>3.031.296</b>	<b>92.004.133</b>	<b>8.695.974</b>	<b>164.945.890</b>

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "Specialistica", cubo "Specialistica - Prestazioni" estratti in data 9/4/2019

Anche nel caso delle prestazioni ambulatoriali il numero ed il valore della produzione sono aumentati nel corso del 2018, con una forte crescita (soprattutto in termini di valore) delle strutture private ed una riduzione delle strutture pubbliche (in particolar modo quelle del Distretto 4 Ovest).

**Tabella 15 - Specialistica erogata dalle strutture aziendali anno 2017**

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
Distretti Verona Città e Est Veronese	2.247.032	€ 27.633.982,50	1.059.979	€ 18.762.962,55	<b>3.307.011</b>	<b>46.396.945,05</b>
Distretto Pianura Veronese	1.492.036	€ 27.004.035,65	256.878	€ 1.195.161,40	<b>1.748.914</b>	<b>28.199.197,05</b>
Distretto Ovest Veronese	1.906.250	€ 21.590.593,80	1.614.396	€ 67.428.307,23	<b>3.520.646</b>	<b>89.018.901,03</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>5.645.318</b>	<b>€ 76.228.611,95</b>	<b>2.931.253</b>	<b>€ 87.386.431,18</b>	<b>8.576.571</b>	<b>163.615.043,13</b>

\* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "Specialistica", cubo "Specialistica - Prestazioni" estratti in data 22/3/2018

### 2.1.6. L'assistenza distrettuale

Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda a cui è demandata la gestione e il coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali (cure primarie, continuità assistenziale, assistenza domiciliare e residenzialità extra-ospedaliera) finalizzata ad assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione. Con DDG n. 15 del 02/01/2017 l'azienda ha confermato i distretti esistenti anteriormente all'entrata in vigore della L.R. 19/2016 presso le disciolte ULSS 20, 21, 22 e al fine della loro chiara identificazione nella nuova organizzazione dell'Azienda ULSS 9 Scaligera ha fatto riferimento a quanto disposto dalla DGRV 2174/2016: ex azienda ULSS 20 di Verona Distretti 1 e 2, ex azienda ULSS 21 Distretto 3 ed ex azienda ULSS 22 Distretto 4.

Con il nuovo Atto Aziendale è stata adottata la nuova denominazione dei distretti: DISTRETTO VERONA CITTA', DISTRETTO DELL'EST VERONESE, DISTRETTO DELLA PIANURA VERONESE, DISTRETTO DELL'OVEST VERONESE.

A fronte della complessità dei bisogni delle persone l'azienda ha modulato l'offerta per intensità di cura, attivando strutture sanitarie e socio-sanitarie in applicazione della programmazione regionale.

**Tabella 16 - Assistenza territoriale: strutture sanitarie**

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Poliambulatori ospedalieri	Villa S. Giuliana	Polo S. Bonifacio	Legnago Bovolone	Bussolengo, Villafranca, Isola della Scala, Malcesine, Scaro Cuore, Pederzoli, Villa Garda
Poliambulatori Territoriali	Marzana, Verona Via Campania, Via del Capitel, Via Polioni	Montecchia di Crosara S.Giovanni Lupatoto Tregnago Verona Via Valeggio Cologna Veneta	Legnago, Bovolone, Zevio, Nogara, Cerea	Caprino Veronese, Bardolino, Bussolengo, Domegliara, I.d.Scala, Malcesine, Negrar, Peschiera, Sommacampagna, Villafranca, Valeggio
Ospedali di Comunità		Tregnago	Bovolone	Pederzoli
Hospice		Cologna Veneta		Pederzoli
R.E.M.S.			Nogara	

Trovano coordinamento presso il distretto ulteriori unità di offerta che sono le Medicine di gruppo integrate (MGI e le strutture sanitarie di cure intermedie (Ospedali di Comunità ed Hospice).

**Tabella 17 - Assistenza territoriale : Strutture socio-sanitarie a gestione diretta e convenzionate Dati 2018**

tipo assistenza	Strutture residenziali							
	distretto 1 e 2		distretto 3		distretto 4		totale	
	n strutture	n posti	n strutture	n posti	n strutture	n posti	n strutture	n posti
ASSISTENZA PSICHIATRICA	22	191	4	82	13	146	39	419
ASSISTENZA AGLI ANZIANI	32	2626	16	1099	30	1612	78	5337
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	12	225	-	-	2	8	14	233
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	8	127	7	126	25	231	40	484
ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	2	21	-	-	1	10	3	31
<b>totale</b>	<b>76</b>	<b>3190</b>	<b>27</b>	<b>1307</b>	<b>71</b>	<b>2007</b>	<b>174</b>	<b>6504</b>

tipo assistenza	Strutture semiresidenziali							
	distretto 1 e 2		distretto 3		distretto 4		totale	
	n strutture	n posti	n strutture	n posti	n strutture	n posti	n strutture	n posti
ASSISTENZA PSICHIATRICA	5	99	3	60	3	44	11	203
ASSISTENZA AGLI ANZIANI	5	80	2	14	10	149	17	243
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	2	35	-	-	1	1	3	36

ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	28	629	13	254	17	398	58	1281
<b>totale</b>	<b>40</b>	<b>843</b>	<b>18</b>	<b>328</b>	<b>31</b>	<b>592</b>	<b>89</b>	<b>1763</b>

\* Dati 2018 come da Flusso STS24

### 2.1.7. L'assistenza primaria

**Tabella 18 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati 2018**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di Medicina Generale	297	93	185	575
Pediatri di Libera Scelta	55	20	39	114

\* Dati a dicembre 2018 - Fonte ULSS 9 Scaligera

#### FORME ASSOCIATIVE

Numero Medicine di Gruppo Integrate attivate al 31/12/2018	3	4	2	9
--	---	---	---	---

### 2.1.8. L'assistenza domiciliare

Tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dell'Assistenza Distrettuale si collocano le cure domiciliari. L'Assistenza domiciliare consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato, che accede presso il domicilio del malato, per la cura e l'assistenza a persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, necessari a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Per l'attivazione dell'assistenza domiciliare la condizione del paziente viene valutata da una équipe multi professionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), a cui partecipano tutte le figure professionali interessate al caso specifico. L'U.V.M.D. attraverso la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.V.A.M.A.) definisce il profilo di gravità per la presa in carico e la stesura di un piano di intervento individualizzato, che viene verificato e ridefinito attraverso riunioni periodiche della U.V.M.D.

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), rappresenta, per ciascuna presa in carico, il rapporto tra la somma delle giornate con accessi e la somma dei giorni intercorsi tra la data del primo accesso e la data dell'ultimo accesso, ed è distribuito su cinque livelli:

- livello zero: 0-0,13 (meno di 5 gg/mese, meno di un giorno a settimana);
- livello 1: 0,14-0,30 (5-8 gg/mese, 1 o 2 giorni/settimana);
- livello 2: 0,31-0,50; (9-14 gg/mese, 2-3 gg/settimana);
- livello 3: 0,51-0,60 (15-18 gg/mese, circa un giorno ogni 2);
- livello 4: 0,61-1 (+18 gg/mese, più di 4 giorni a settimana)

Tabella 19 - Assistenza domiciliare integrata erogata anno 2018

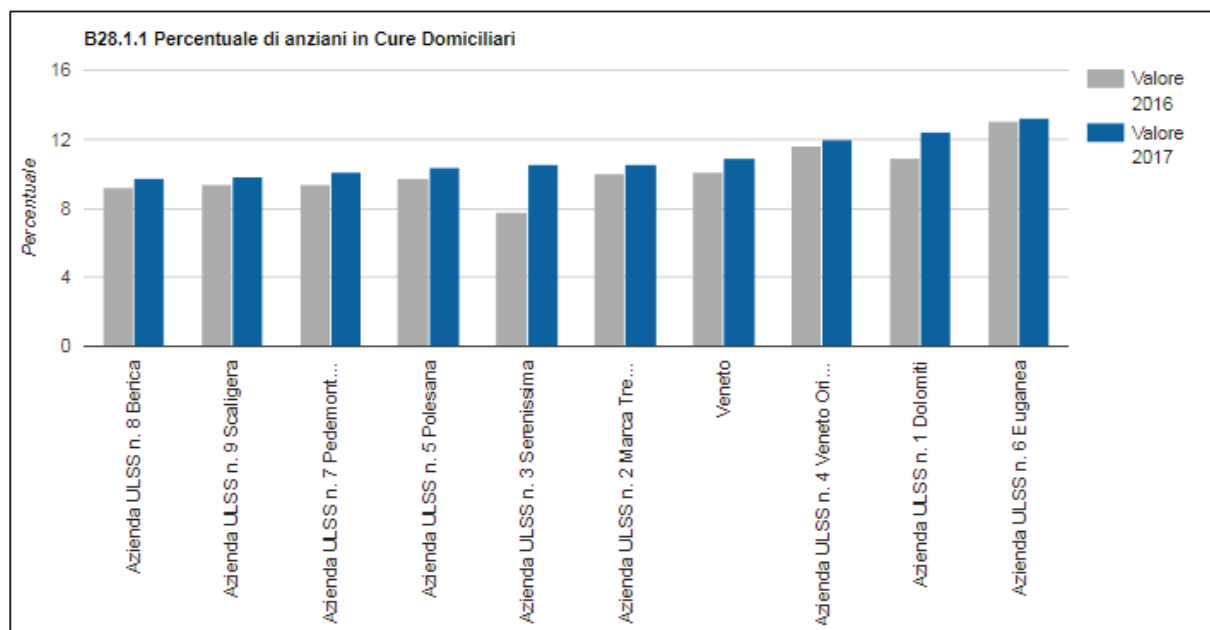
Residenza	Distretti Verona Città + Est veronese		Distretto Pianura Veronese		Distretto Ovest Veronese		Fuori ULSS		Totale	
	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori
Livello 4	880	38.730	193	3.779	662	66.902	14	349	1.749	109.760
Livello 3	214	10.607	52	1.578	245	15.105	3	48	514	27.338
Livello 2	1.322	46.418	360	9.961	786	37.915	18	469	2.486	94.763
Livello 1	2.084	49.924	921	30.141	1.514	56.034	39	842	4.558	136.941
Attività Base 0	4.357	66.563	1.946	30.408	2.826	50.250	58	836	9.187	148.057
Accessi Occasionali	1.517	2.099	764	925	8.107	13.318	67	97	10.455	16.439
<b>Totale</b>	<b>7.580</b>	<b>214.341</b>	<b>3.383</b>	<b>76.792</b>	<b>11.904</b>	<b>239.529</b>	<b>155</b>	<b>2.641</b>	<b>23.022</b>	<b>533.303</b>

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "ADI", cubo "ADIV5 - Accessi - estratti in data 8/4/2019

\*\* La stessa persona può essere stata presa in carico più volte nel corso dell'anno con Livelli di intensità diversi.

Il "Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Network S. Anna di Pisa"<sup>1</sup>, raccoglie numerosi indicatori tra cui alcuni per le Cure Domiciliari, dai quali emerge la dimensione dell'assistenza erogata.

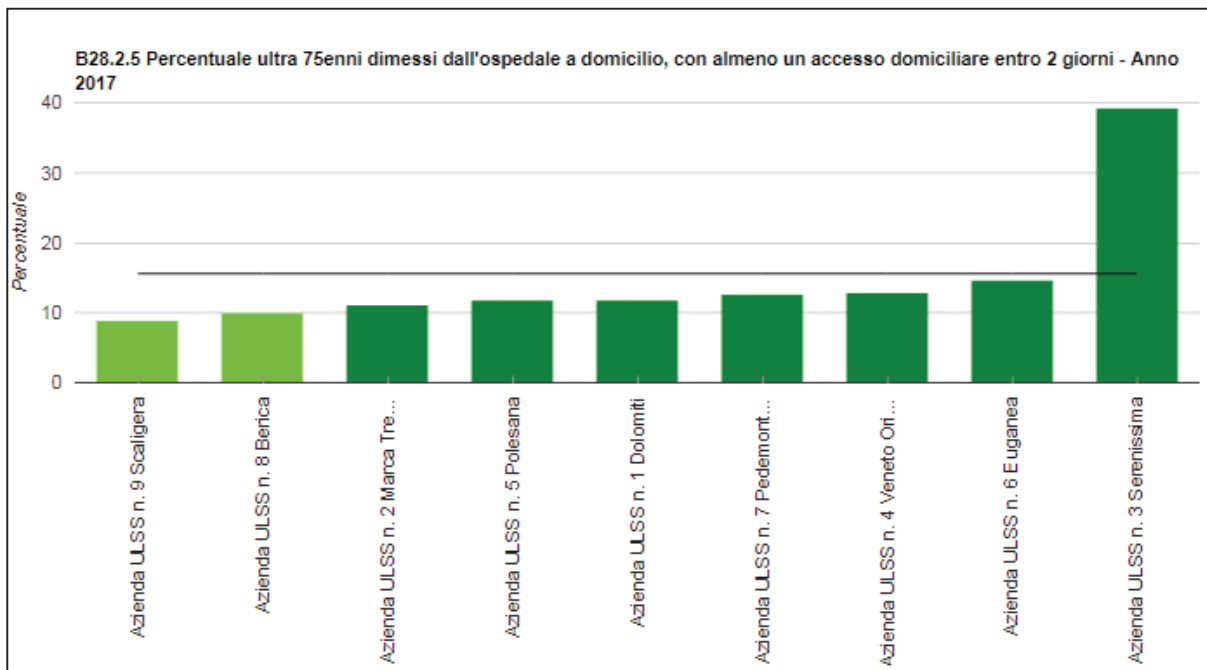
Grafico 7 - Indicatore B28.1.1 Network Sant'Anna



In particolare l'indicatore B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, mostra un miglioramento rispetto al 2016 della tempestività delle cure domiciliari per gli anziani fragili. Tale trend è stato ulteriormente confermato nel 2018 infatti l'azienda per i primi 9 mesi ha quasi raggiunto lo standard regionale del 15% (14,8%).

<sup>1</sup> Per un approfondimento sul sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali del network Sant'Anna si rimanda al sito <http://performance.sssup.it/netval/index.php> da cui sono tratti i grafici ed i dati riportati.

Gráfico 8 Indicatore B28.2.5 Network Sant'Anna



### 2.1.9. Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione attraverso le funzioni garantite direttamente dal Dipartimento stesso in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali.

Il Piano regionale 2014-2108 prorogato al 2019, pur essendo contraddistinto da novità di rilievo, va in continuità con quanto realizzato in attuazione al piano 2010-2012.<sup>1</sup>

#### Prevenzione e promozione della salute: Stili di vita e condizioni di rischio

In Veneto sono attive 4 sorveglianze di popolazione finalizzate alla rilevazione di comportamenti e stili di vita a rischio per malattie croniche non trasmissibili, differenziate in base alla fascia di età che monitorano: OKKIO alla Salute (bambini frequentanti la terza primaria), HBSC (Health Behaviour in Schoolaged Children; ragazzi di 11-13 e 15 anni), PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia; 18-65 anni) e PASSI d'Argento (a partire dai 65 anni). Inoltre, la nostra Azienda è capofila per il progetto Ministeriale CCM "Sistema di sorveglianza bambini 0-2 anni".

Tabella 20 - Dati del sistema di sorveglianza PASSI, relativi al periodo 2014 – 2017

	Fuma	Mangia 5 porzioni al giorno di frutta o verdura	Alcol: consumo a maggior Rischio*	Sedentarietà	Sovrappeso
Distretti 1 e 2	22%	11%	20%	19%	35%
Distretto 3	21%	14%	24%	38%	47%
Distretto 4	26%	12%	27%	18%	41%
Veneto	22%	12%	25%	21%	40%
Italia	26%	10%	17%	34%	42%

\* indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa della popolazione con consumo alcolico non moderato.

#### Malattie infettive e profilassi

In AULSS 9, le coperture a 24 mesi per le vaccinazioni incluse nel vaccino esavalente (antidifterica, antitetanica, anti-pertossica, anti-polio, anti-Hib ed anti-epatite B) sono rimaste al di sotto della soglia del 95%, indicata come obiettivo dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 [fonte: Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - PNPV 2017-2019].

Tabella 21 - Vaccinazioni 2018

INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera
n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	264.527	81.361	117.939	463.825
VACCINAZIONI				
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,70%	95,40%	90,30%	93,80%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,90%	94,40%	88,30%	92,15%

\* Dati 2018, elaborati dal Servizio SIS

Nel corso del 2018 vi è stato un netto miglioramento delle coperture vaccinali che per il ciclo base ha raggiunto il 93,6% (ultima stima regionale) rispetto al 91,7% del 2017, mentre la copertura MPR è stimata al 91,6% contro l'89,15% del 2017.

<sup>1</sup> Le informazioni relative all'attività di prevenzione sono tratte dal "Rapporto Attività 2017" del Dipartimenti di Prevenzione dell'ULSS 9 Scaligera <https://prevenzione.aulss9.veneto.it>

### Screening Oncologici

Gli screening oncologici sono programmi di medicina pubblica gratuiti basati su test diagnostici poco invasivi offerti ad una popolazione a rischio per un determinato tumore, al fine di individuare precocemente la patologia in persone asintomatiche, con l'obiettivo di diagnosticarla quando è ancora curabile.

Attualmente i test di screening sono tre:

- Screening cervico-uterino: mira ad individuare le lesioni precancerose del collo dell'utero e consiste nell'esecuzione di un Pap Test ogni tre anni per le donne fra i 25 ed i 29 anni e di un test HPV ogni cinque anni per le donne fra i 30 ed i 64 anni. Il test HPV è stato gradualmente introdotto dal 2015 attraverso una fase di transizione che ha previsto, nel 2016, l'offerta alle donne in età tra i 46 ed i 64 anni, e nel 2017 alle donne tra i 41 ed i 64 anni. Nel 2018 andrà a regime e pertanto verrà proposto alle donne tra i 30 ed i 64 anni.
- Screening mammografico: ha l'obiettivo di individuare i tumori del seno e consiste in una mammografia biennale per le donne fra i 50 ed i 74 anni.
- Screening colorettales: mira ad individuare i tumori e gli adenomi del colon-retto e consiste in un test per la ricerca del sangue occulto fecale (SOF) da eseguire ogni due anni nei per i soggetti fra i 50 ed i 69 anni.

Tabella 22 - Screening 2018

INDICATORI DI PRODUZIONE		Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera
SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione Bersaglio Annuo	38.267	12.392	22.937	73.595
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 80%)	72,70%	76,30%	63,50%	71,30%
SCREENING CERVICO UTERINO	Popolazione Bersaglio Annuo	42.357	13.985	27.332	83.674
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 60%)	53,30%	65,70%	57,20%	56,10%
SCREENING COLORETTALE	Popolazione Bersaglio Annuo	61.944	20.850	38.557	121.350
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 65%)	53,50%	72,80%	64,40%	60,80%

\* Dati 2018, elaborati dal Servizio Epidemiologico, prevenzione MOT, Screening e Promozione della Salute

**Altri indicatori di Produzione**

Di seguito si riportano i dati di attività relativi agli altri servizi di prevenzione.

**Tabella 23 - Attività del Dipartimento di Prevenzione SISP, SIAN, SPISAL - Anno 2017**

INDICATORI DI PRODUZIONE			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Servizio Igiene e Sanità Pubblica	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE DIFFUSIVE	E n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)	852	273	701	1826
	ATTIVITÀ PREVENZIONE	DI n. sopralluoghi	559	651	5172	1727
n. campionamenti		233	125	333	691	
		n. pareri edilizi	434	182	562	1178
		Pareri ed Accertamenti Alimentari	7.065	2.345	1.415	10.825
		Pareri su Acque	592	304	558	1454
		Sopralluoghi/Interventi Alimentari	1.368	734	1.256	3.358
		Sopralluoghi e Vigilanza Acqua Potabile, Privata e di Acquedotto	764	626	128	1518
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN		Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti	549	266	238	1053
		Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico	1183	1.453	1.226	3.862
		Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica	145	173	121	439
		Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole	187	29	33	249
		Sopralluoghi	982	804	679	2.465
		Aziende oggetto di intervento	1.103	479	720	2.302
Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	VIGILANZA	Indagini per infortuni sul lavoro	101	51	104	256
		Indagini per malattie professionali	192	104	74	370
		Verbalini redatti con contravvenzioni	304	124	114	543
		Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	11	49	50	110
	VALUTAZIONI PARERI	Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	476	455	491	1422
	ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	288	113	409	810
		Ascolto sullo stress lavoro-correlato	56	4	9	69
	ASSISTENZA PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	10	8	5	23
		Produzione e/o diffusione di materiali	4	4	5	13

\*pareri su acque: si tratta di giudizi di idoneità su acqua utilizzata da privati. Questo Servizio, di regola, non esegue campionamenti su acqua di privati e non esprime quindi giudizi in merito. \*\*sopralluoghi e vigilanza acqua potabile privata e di acquedotto: il servizio di norma non segue l'acqua di privati ma solo quella di acque- dotto. L'indicatore si rifà anche all'attività di vigilanza sulle reti pubbliche con compilazione di verbale. Nel 2016 tale attività, svolta negli anni precedenti, non è stata eseguita. Sono però stati eseguiti n. 45 controlli per la titolazione del disinfettante sulle acque potabili, con compilazione di verbalino specifico e registrazione su programma informatico acque.

**Tabella 24 - Attività dei Servizi Veterinari - Anno 2017**

INDICATORI DI PRODUZIONE		Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
	Richieste di intervento da parte degli utenti	ND	3.710	3.880	7.590
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	1.820	1.561	1.390	4.771
Servizio Veterinario Sanità Animale	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	610	490	690	1.790
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	6.242	5.210	5.220	16.672
	Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	152	286	439	877
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	Accertamenti/pareri	753	447	461	1.661
	Campionamenti/prelievi	1.186	349	589	2.124
	Sopralluoghi/interventi	3.630	2.412	3.233	9.275
	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni bianche	718	738	558	2.014
	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni rosse	675	881	1.461	3.017
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio				0
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Vigilanza in stabilimenti di produzione/trasformazione di alimenti	755	839	2.550	4.144
	Vigilanza distribuzione e commercializzazione	241	340	530	1.111
	Prelievo campioni per sicurezza alimentare	1.008	1.512	1.420	3.940
	Vigilanza distribuzione e commercializzazione	2.344	1.063	2.018	5.425
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	58	77	210	345

### 2.1.10. Il personale dipendente

Con DDG 878 DEL 31/12/2018 l'Azienda ha approvato, in via provvisoria, il piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2019-2020-2021, di cui agli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 aventi ad oggetto rispettivamente "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale" e "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale"; e in ordine alle disposizioni regionali di cui alla DGRV 677/2018 e alle relative indicazioni operative trasmesse con nota 198914 del 29/05/2018 e con nota 510986 del 14/12/2018.

**Tabella 25 - Personale dipendente in servizio al 31/12/2108**

<b>PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato Dati al 31 dicembre 2018</b>	
Dirigenza medica	<b>870</b>
Dirigenza NON medica	<b>99</b>
Dirigenza professionale	<b>6</b>
Dirigenza tecnica	<b>8</b>
Dirigenza amministrativa	<b>20</b>
Comparto ruolo sanitario	<b>2.787</b>
Comparto ruolo tecnico	<b>1.069</b>
Comparto ruolo amministrativo	<b>654</b>
<b>Totale personale dipendente</b>	<b>5.513</b>

\* Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9

### 2.1.11. Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento

Si rappresentano di seguito i dati sintetici del Conto Economico consuntivo 2017 dell'Az. Ulss 9 Scaligera relativi sia all'area Sanitaria che all'area Sociale.

**Tabella 26 - Conto Economico Consuntivo 2017**

	SANITARIO	SOCIALE	TOTALE
A Valore della produzione	1.693.567.476,47	35.837.770,36	1.729.405.246,83
B Costi della produzione	1.683.779.047,66	35.513.372,16	1.719.292.419,82
C Proventi e oneri finanziari	-458.148,66	250,00	-457.898,66
E Proventi e oneri straordinari	10.120.054,95	200.826,01	10.320.880,96
Y Imposte e tasse	19.440.074,19	525.474,21	19.965.548,40
<b>TOTALE</b>	<b>10.260,91</b>	<b>0,00</b>	<b>10.260,91</b>

L'Azienda Ulss 9 Scaligera, nel primo anno di vita, ha chiuso la propria gestione economico finanziaria con un risultato in pareggio dell'esercizio, e precisamente pari ad € 10.260,91, esprimendo la propria capacità di coprire, con le risorse a disposizione, tutti i costi di produzione comprese le imposte e tasse.

**Tabella 27 - Costi per Livello Essenziale di Assistenza Anno 2017**

	Anno 2017 (Migliaia di €)		pro-capite 2017
<b>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>			
Igiene e sanità pubblica	5.915	€	6,41
Igiene degli alimenti e della nutrizione	3.389	€	3,67
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	5.225	€	5,66
Sanità pubblica veterinaria	20.221	€	21,91
Attività di prevenzione rivolte alle persone	30.612	€	33,17
Servizio medico legale	1.944	€	2,11
<b>Totale</b>	<b>67.306</b>	<b>€</b>	<b>72,94</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>			
Guardia medica	8.675	€	9,40
Medicina generale	99.836	€	108,19
Emergenza sanitaria territoriale	10.634	€	11,52
Assistenza farmaceutica	241.737	€	261,95
Assistenza Integrativa	16.910	€	18,32
Assistenza specialistica	271.836	€	294,57
Assistenza Protesica	12.230	€	13,25
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	88.778	€	96,20
Assistenza territoriale semiresidenziale	19.392	€	21,01
Assistenza territoriale residenziale	153.410	€	166,24
Assistenza Idrotermale	1.618	€	1,75
<b>Totale</b>	<b>925.056</b>	<b>€</b>	<b>1.002,42</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>			
Attività di pronto soccorso	34.279	€	37,15
Ass. ospedaliera per acuti	602.140	€	652,50
Interventi ospedalieri a domicilio	0	€	-
Ass. ospedaliera per lungodegenti	10.189	€	11,04
Ass. ospedaliera per riabilitazione	50.989	€	55,25
Emocomponenti e servizi trasfusionali	4.563	€	4,94
Trapianto organi e tessuti	7.798	€	8,45
<b>Totale</b>	<b>709.958</b>	<b>€</b>	<b>769,33</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1.702.320</b>	<b>€</b>	<b>1.844,69</b>

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nelle circolari RGS n. 3 e 22 del 2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

**Tabella 28 - Indicatore di tempestività dei pagamenti per trimestre anno 2018**

			$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times importo\ dovuto]$	/	$\Sigma$ importi pagati nel periodo di riferimento
indicatore primo trimestre	-2,74	=	-555.956.495,21	/	202.703.992,16
indicatore secondo trimestre	-3,00	=	-620.347.813,00	/	206.459.508,00
indicatore terzo trimestre	-0,73	=	-161.567.556,00	/	221.559.529,00
indicatore quarto trimestre	-9,29	=	-2.192.217.216,00	/	236.012.191,63
<b>INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO 2018</b>	<b>-4,07</b>	<b>=</b>	<b>-3.530.089.080,21</b>	<b>/</b>	<b>866.735.220,79</b>

Il valore dell'indicatore inferiore a zero indica una situazione di rispetto dei tempi di pagamento.

## 2.2. La normativa di riferimento

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29/06/2012 (modificato con L.R. n. 46 del 03/12/2012) ha rappresentato il quadro di riferimento normativo principale per la programmazione fino a tutto l'anno 2016.

La L.R. n. 19 del 25/10/2016 ha prorogato a tutto il 2018 o fino all'adozione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, la vigente programmazione regionale in materia sanitaria.

L'attuazione del piano avvenuta tramite l'applicazione delle schede di programmazione ospedaliera e territoriali, approvate con DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 ha comportato la revisione per azienda del numero e dell'organizzazione dei presidi, delle specialità, dei posti letto, delle strutture intermedie e dei servizi ambulatoriali.

Nel biennio 2017-2018 la normativa principale di riferimento è la L.R. 19/2016 che ha ridefinito numero, assetto organizzativo e denominazione delle Aziende ULSS del territorio regionale a decorrere dal 1° gennaio 2017 ed ha istituito l'"Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero".

Inoltre la DGR 1306 del 16/8/2017 "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale [...]". ha definito le linee guida per la redazione del nuovo Atto Aziendale delle Aziende ULSS; la ULSS 9 Scaligera ha adottato il nuovo Atto Aziendale nel 2018 approvato dalla Regione con DDG 162 del 29/12/2017.

Pertanto la programmazione aziendale del triennio non potrà che essere strettamente e prioritariamente correlata alla attuazione delle disposizioni conseguenti alla riforma del Sistema Sanitario Regionale e all'attuazione del nuovo Atto Aziendale.

Inoltre, in continuità con i piani della performance degli anni precedenti l'Azienda ULSS 9 Scaligera recepisce gli obiettivi di salute e funzionamento, con relativi indicatori di performance emanati dalla Regione Veneto con la delibera annuale.

Si elencano di seguito, dalle più alle meno recenti le principali disposizioni nazionali, regionali ed aziendali che delineano il quadro normativo di riferimento.

### **Ambito programmazione**

- **DGRV/CR n. 22 del 13/3/2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.R. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023". Richiesta di parere alla Commissione consiliare. Art. 7, comma 1, e punto 3.1, paragrafo "hub and spoke", dell'allegato della L.R. 48/2018."
- **DGRV n. 248 del 8/03/2019** "Determinazioni degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019."
- **L.R. n. 48 del 19/12/2018** "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023"
- **DGRV n. 1231 del 14/8/2018** "Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992."
- **DGRV n.13/DDL del 28/5/2018** "Piano Socio Sanitario 2019-2023"
- **DGRV n. 353 del 21/03/2018** "Modifica delle schede di dotazione ospedaliera degli Ospedali di Bussolengo, Villafranca e isola della Scala dell'Azienda ULSS 9 Scaligera. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Deliberazione n.121/CR del 14 dicembre 2017"
- **DDG n. 58 del 31/1/2018** "Approvazione Atto Aziendale AULSS 9 Scaligera - DGRV n.1306 del 16 agosto 2017"
- **DGRV n. 2176 del 29/12/2017** "Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all'anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DGRV n. 1714 del 24/10/2017** "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019. Articolo 44 della l. r. 30 dicembre 2016, n. 30 di modifica del comma 5 dell'articolo 14 della l. r. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DGRV n. 1075 del 13/7/2017 13/7/2017** "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS."
- **DGRV n. 433 del 06 aprile 2017** "Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento della sospensione del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016."

- **DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”
- **DGRV n. 2174 del 23/12/2016** “Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n.19”;
- **DGRV n. 1969 del 06/12/2016** “Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111”
- **Capo VII – Disposizioni in materia di sanità** – Disegno di legge relativo a “Collegato alla legge di stabilità regionale 2017” (deliberazione della Giunta Regionale n.23/DDL del 26 ottobre 2016)
- **Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016** “Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero” – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”
- **DGRV n. 1888 del 23/12/2015** “Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato”;
- **DGRV n. 1903 del 23/12/2015** “Disposizioni applicative alla DGR n. 1169/2015 in merito alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale”;
- **DGRV n. 1914 del 23/12/2015** “Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015”;
- **DGRV n. 15 del 09/12/2015** “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale”;
- **DGRV n. 1527 del 03/11/2015** “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera’”;
- **DGRV n. 749 del 14/05/2015 e s.m.i.** “Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014- 2018”;
- **DGRV n. 751 del 14/05/2015** “Attuazione della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 ‘Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016’ e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013”;
- Patto per la Salute 2014-2016 tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014);
- **DGRV n. 2122 del 19/11/2013** “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”;
- **DGRV n. 1338 del 30/07/2013** “Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).”
- Legge Regionale n. 23 del 29/6/2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del **Piano socio-sanitario 2012-2016**”;

#### **Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa**

- **DGR n. 333 del 26/3/2019** “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020. DGR n.1/CR del 4 gennaio 2019”
- **DDG n. 135 del 14/3/2019** “Approvazione piano triennale 2019-2021 dei fabbisogni di personale (PTFP) Azienda ULSS 9 Scaligera - Definitivo”
- **DGR n. 246 del 8/3/2019** “Approvazione del bilancio preventivo economico consolidato del SSR e dei bilanci preventivi economici annuali degli Enti del SSR relativi all'esercizio 2019. Art. 32 D.lgs. 118/2011 e s.m.i..”
- **Legge 145 del 30/12/2018** “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021” art.1 commi 849-866
- **DGRV n. 1916 del 21/12/2018** “Assegnazione agli Enti del SSR delle risorse per la copertura dei maggiori oneri derivanti dal CCNL del Comparto Sanità del 21/5/2018, ai sensi della DGR n.1781 del 27/11/2018”
- **DGR n. 1837 del 04 dicembre 2018** “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anno 2018. Art. 5, co. 1 della L.R. 18/12/2009, n. 30. D.G.R. n.121/CR del 19/11/2018.”
- **DGR n. 1781 del 27/11/2018** “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2018”

- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.20 del 9/2/2018** “Determinazione dei limiti per gli investimenti nell’esercizio 2018 di Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, IRCCS “istituto Oncologico Veneto”
- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.8 del 21/1/2018** “Determinazioni dei limiti di costo per beni sanitari- anno 2018- delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e delle strutture private accreditate”
- **DGRV n. 1978 del 6/12/2017** “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33).”
- **DGRV 1810 del 07/11/2017** ad oggetto “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017 e 2018 – art. 41 L.R. 5/2001, e circolare regionale Prot. n. 3427 del 06/12/2017.
- **DGRV n. 2076 del 30/12/2015** “Finanziamenti di interventi inseriti nei piani investimenti delle Aziende Sanitarie del SSR”;
- **DGRV n. 2061 del 30/12/2015** “Approvazione piano triennale di razionalizzazione e riqualificazione delle spese 2015-2017, ex art. 16 D.L. n. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111/2011. Resoconto razionalizzazione e riqualificazione delle spese anno 2014: presa d'atto certificazione da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e ipotesi destinazione risorse. Approvazione in via definitiva del fondo per il trattamento accessorio del personale del Comparto per l'anno 2015”
- **DGRV n. 1882 del 23/12/2015** “Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l’utilizzo nell’anno 2016 dell’istituto dell’acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l’8.06.2000”;
- **DGRV n. 1907 del 23/12/2015** “Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni”;
- **DGRV n. 1169 del 08/09/2015** “D.L. n. 78/2015 (c.d. spending review) convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative”;
- **DGRV n. 183 del 01/07/2015** “Percorso Attuativo della Certificabilità ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Recepimento delle raccomandazioni/prescrizioni al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).
- **D.lgs. n. 118 del 23/06/2011** che al titolo II detta disposizioni sui “*principi contabili generali e applicati per il settore sanitario*” introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;

### **Ambito Performance e Anticorruzione**

- **DGRV n. 140 del 16/02/2016** “Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)”.
- **Delibera ANAC n. 12 del 28/10/2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- **Delibera ANAC n. 148 del 3/12/2014** “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell’Autorità”;
- **Delibere CIVIT/ANAC n. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013** che contengono linee guida per le Regioni e gli enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale in materia di struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;
- **D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013** “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **DGRV n. 2205 del 06/11/2012** “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. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”;
- **D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009** “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

### **Network e benchmarking**

- Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali – Scuola Superiore sant’Anna di Pisa;
- Programma nazionale valutazione esiti AGENAS;

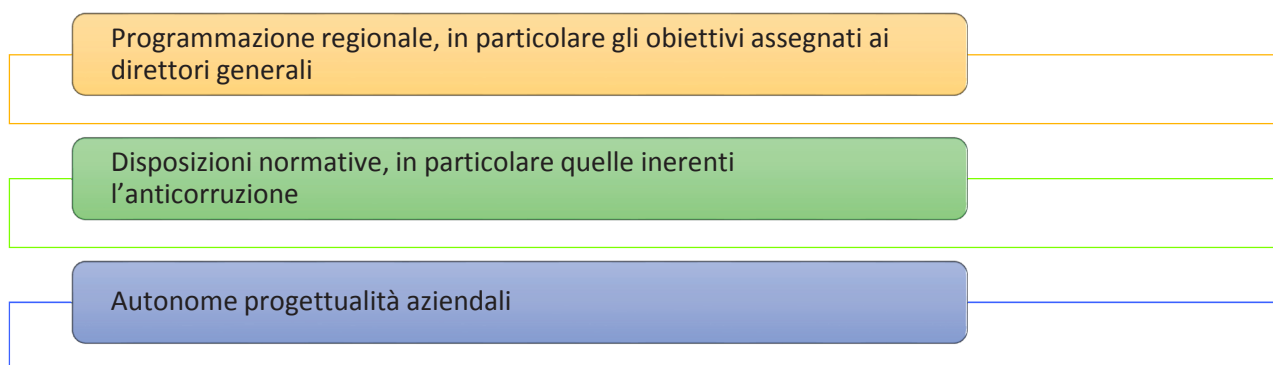
### 3. LE LINEE PROGRAMMATICHE ED IL DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE

Il Piano della Performance ha un orizzonte temporale triennale e di norma è aggiornato annualmente in relazione agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale e/o modifiche del contesto interno ed esterno.

L’Azienda opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le prescrizioni e le indicazioni provenienti da più fonti, gli stessi ambiti strategici sono in parte definiti da altri livelli di governo, in primo luogo dalla Regione.

Tuttavia l’unitarietà della programmazione aziendale viene garantita dall’integrazione di questi stimoli in un quadro logico che riconduce ciascun obiettivo a linee programmatiche proprie, fornendo una cerniera tra tutti gli strumenti del ciclo della performance, primo tra tutti il budget annuale, e garantendo nel tempo un elemento di continuità nella gestione.

Il sistema degli obiettivi deriva dall’integrazione di:



Di seguito si descrivono i principali contenuti derivanti da queste fonti. Gli specifici obiettivi, indipendentemente dalla provenienza, sono riportati all’interno delle linee programmatiche aziendali descritte nel Capitolo “Le linee programmatiche”.

Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione richieste nel Documento delle Direttive 2019”, con l’indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa “Capofila”.

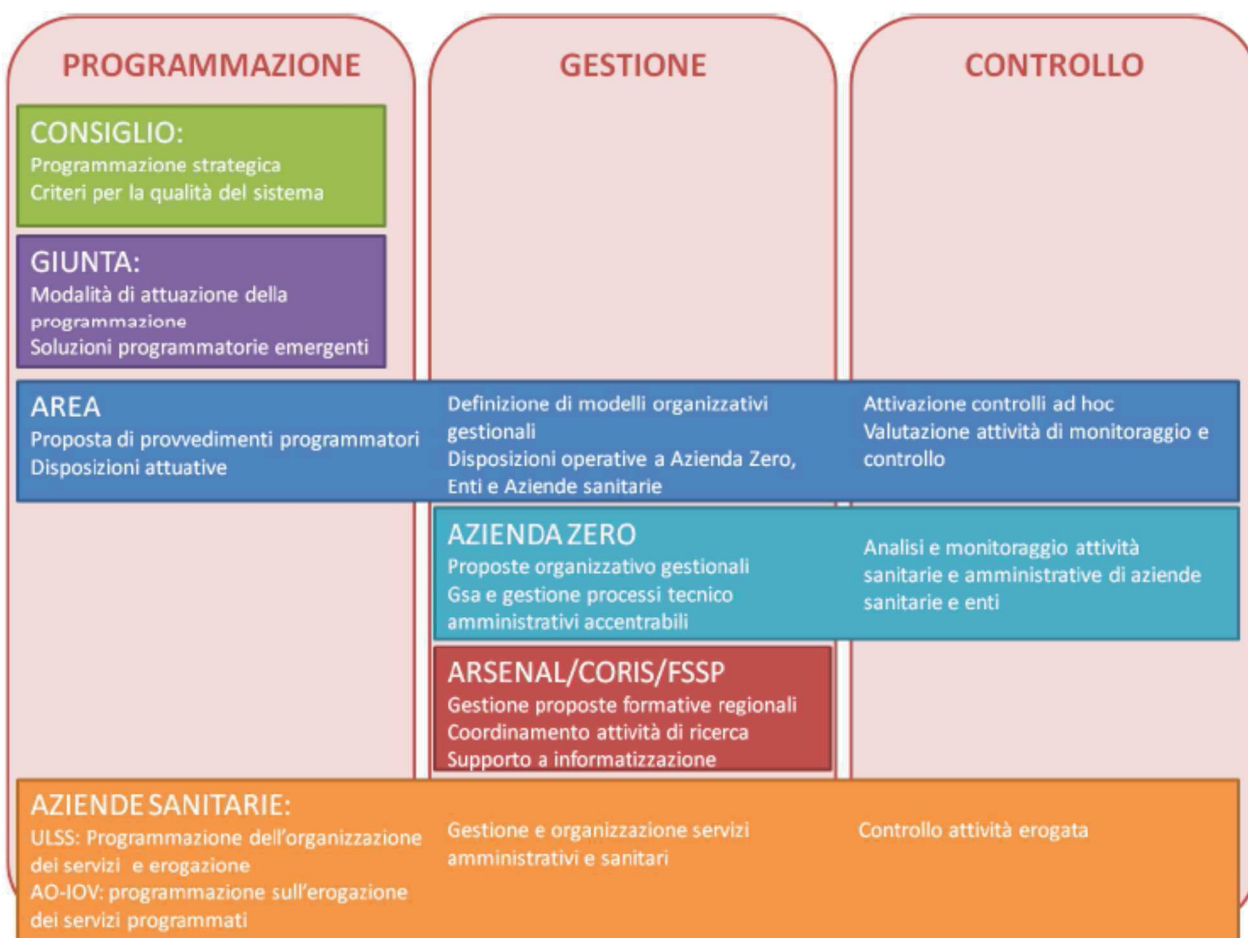
### 3.1. Obiettivi da programmazione regionale

Il Piano Socio Sanitario 2019-2023 stabilisce gli orientamenti strategici del Sistema Sanitario Regionale. Dedicata per altro un capitolo al sistema di valutazione delle performance: gli obiettivi dei Direttori generali, in quanto l'esigenza di una organizzazione sempre più attenta per il soddisfacimento di bisogni sanitari, accresce l'importanza del tema della misurazione e valutazione delle performance del SSSR.

Nel Piano si possono identificare "le seguenti direttrici di sviluppo del sistema di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali:

- l'apertura ancora più significativa, del sistema di assegnazione degli obiettivi e di valutazione della performance agli stimoli esterni, nazionali, internazionali e dei cittadini;
- la maggior personalizzazione degli obiettivi integrati tra le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, lo IOV, le ULSS con i suoi ospedali, anche utilizzando modelli organizzativi dipartimentali, in modo da attuare una integrazione effettiva tra i servizi territoriali con quelli ospedalieri, tenendo conto del dato di partenza, degli standard nazionali ed internazionali e delle concrete soluzioni perseguibili dalle singole aziende;
- la gestione degli obiettivi con tempistiche adeguate ad una funzionale interazione con il Ciclo della performance aziendale."

Nella Figura seguente, tratta dal PSSR 2019-2023, sono indicati i ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR.



La Giunta Regionale, nel rendere operativi gli obiettivi strategici derivanti dal PSSR 2019-2023, ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2019 con DGR 248 del 8/3/2019.

La Giunta ha assegnato obiettivi specifici a ciascuna azienda del Servizio Sanitario Regionale. Per quanto attiene l'ULSS 9 Scaligera, gli obiettivi assegnati sono contenuti nell'Allegato I:

## PREVENZIONE

- A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
  - P.A.1 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni
- C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
  - P.C.1 Prevenzione infortuni sul lavoro
- E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
  - P.E.1 Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci
- F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
  - P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening
  - P.F.2 Promozione di stili di vita sani

## ASSISTENZA DISTRETTUALE

- A Assistenza sanitaria di base
  - D.A.1 Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie
  - D.A.2 Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018
  - D.A.3 Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata
- B Emergenza sanitaria territoriale
  - D.B.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento
- C Assistenza farmaceutica
  - D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata
- D Assistenza Integrativa
  - D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa
- E Assistenza specialistica ambulatoriale
  - D.E.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
  - D.E.2 Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN
- F Assistenza Protesica
  - D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica
- H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
  - D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI
  - D.H.2 Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017
  - D.H.3 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative
  - D.H.4 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico
- I Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale
  - D.I.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice
- T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio
  - D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili
  - D.T.2 Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

- A Pronto soccorso
  - O.A.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)
- T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali
  - O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari
  - O.T.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

- O.T.3 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE
- O.T.6 Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera
- O.T.7 Miglioramento dell'appropriatezza
- O.T.8 Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi
- O.T.9 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

#### PROCESSI DI SUPPORTO

- A Programmazione delle risorse
  - S.A.1 Rispetto della programmazione regionale sulle risorse
  - S.A.2 Efficienza finanziaria
  - S.A.3 Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)
  - S.A.4 Internal audit
- B Informatizzazione
  - S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
  - S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO
  - S.B.5 Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito
- C Percorso autorizzativo CRITE
  - S.C.1 Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera
  - S.C.3 Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate
- D Centralizzazione dei processi di supporto
  - S.D.3 Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi
- E Trasparenza e anticorruzione
  - S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
- F Rispetto delle direttive regionali
  - S.F.1 Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019
  - S.F.2 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)

Alcuni di questi obiettivi sono di "mantenimento" e quindi se raggiunti non danno seguito a valorizzazioni particolari, ma in caso contrario prevedono delle penalizzazioni.

Il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato è considerato un pre-requisito all'accesso al sistema premiante.

La DGR 248/2019 prende atto che l'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento".

Inoltre il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario sono pre-requisito per il calcolo e la valorizzazione degli specifici indicatori di riferimento, e viene prevista una penalizzazione per i flussi "residuali" che non dovessero soddisfare i criteri minimi di qualità.

Agli obiettivi regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale in quanto coinvolto nella valutazione del Direttore Generale ai sensi della L.R. 19/2016.

In particolare con comunicazione prot. n. 342394 del 18 agosto 2017 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consiliare, con riferimento all'anno 2017, intendeva valutare i seguenti aspetti:

- A. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale delle cure primarie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016

- B. Adeguamento della dotazione territoriale di strutture di ricovero intermedie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- C. Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- E. Interventi tesi all'umanizzazione nel rapporto con pazienti e famigliari da parte del personale medico e sanitario
- F. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consigliare

## 3.2. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2019-2021

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) afferma che “ *l'efficacia del P.T.P.C.T. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'azienda*”. Pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione adottati a livello aziendale. Precisa, inoltre, che è importante stabilire opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance e che tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i documenti di piano aziendali. In particolare è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009) e più in generale tra il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009).

Sia la determina A.N.AC. n. 12/2015 di aggiornamento al P.N.A. che il P.N.A. 2016, di cui alla delibera ANAC n. 831/2016, precisano che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. La citata determina precisa ancora che particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra P.T.P.C.T. e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Pertanto, l'Azienda annualmente individua azioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire quali obiettivi nel Piano della Performance, sia per quanto riguarda la performance organizzativa che la performance individuale. Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità si darà conto nella Relazione della Performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettua un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individua, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel P.T.P.C.T.

Gli obiettivi aziendali per l'anno 2019 sono i seguenti:

### 1) Anticorruzione:

Nel 2019 prosegue lo studio dei processi avviato nel 2018. Infatti l'Azienda ha ritenuto rilevante pianificare obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi. Tali attività fanno parte delle azioni formative ma di fatto garantiscono la consulenza e assistenza continuativa ex ante finalizzata alla definizione di presidi idonei a garantire la prevenzione dei rischi di non conformità prestata ai soggetti rilevanti ai fini dell'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari relative allo svolgimento dei servizi.

Tale sistema tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse il controllo di primo livello. Si chiede infatti attraverso lo studio dei processi, sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto dell'Internal Audit viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi permettendo, così, di graduare le priorità di intervento. In considerazione del fatto che gran parte dell'attività è stata fatta nel 2018, nell'anno 2019 è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Nell'anno 2019 sono previsti corsi di formazione per lo studio dei rischi relativi a 10 processi considerati rilevanti, come previsto dal P.T.P.C.T:

2) Trasparenza:

In coerenza con il Piano, l'obiettivo di base per la trasparenza è l'inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

### 3.3. Le altre progettualità aziendali

Assunti gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalle disposizioni normative, rimane uno spazio di autonoma elaborazione aziendale per definire obiettivi e progetti per creare o per cogliere opportunità di miglioramento, sia in termini di qualità ed efficacia che di efficienza.

In questa prospettiva emergono gli obiettivi relativi a:

- Soddisfazione dell'utenza: cui l'Azienda intende dedicare specifici investimenti con l'effettuazione di indagini di soddisfazione ed il monitoraggio sistematico dei reclami;
- Clima organizzativo: che l'azienda già nel 2017 ha analizzato tramite l'indagine promossa dal Network Sant'Anna e che andrà a replicare nel 2019, in modo da monitorare la dinamica del benessere del personale che proviene da un biennio di riorganizzazione aziendale molto intensa;
- Accreditamento all'eccellenza e qualità dei processi: argomento già sviluppato nelle ex ULSS oggi incorporate, richiede un continuo investimento per non perdere le certificazioni già ottenute e per misurarsi con standard sempre in aumento.

Infine il quadro della programmazione si chiude con l'area socio-sanitaria e sociale, le cui dimensioni sono inserite nel Piano di Zona (DDG 643 del 4/10/2018), da cui derivano le principali progettualità ed attività richieste dagli accordi tra ULSS e Comuni.

### 3.4. Le linee programmatiche

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo che sono supportate dai seguenti documenti, strumenti e metodi:

- il Piano della Performance;
- il Documento delle Direttive, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2018 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e del rapporto costo/qualità delle attività delle Unità operative;
- il Sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative.

Le linee programmatiche attraverso cui si integrano gli obiettivi strategici aziendali, si possono identificare in 4 aree ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi che l'azienda deve perseguire. All'interno di questo telaio strategico trovano posto gli obiettivi derivati dalle differenti fonti.

**Tabella 29 - Aree strategiche e Macro-obiettivi**

<b>Area Strategica 1</b>	<b>Erogazione dei LEA</b>
Macro-obiettivo 1.1	Prevenzione
Macro-obiettivo 1.2	Assistenza Territoriale
Macro-obiettivo 1.3	Assistenza Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.4	Prestazioni Specialistiche
Macro-obiettivo 1.5	Tempi di Attesa
Macro-obiettivo 1.6	Attività Sociosanitaria e Sociale
Macro-obiettivo 1.7	Aspetti relazionali con gli utenti
<b>Area Strategica 2</b>	<b>Sostenibilità economico-finanziaria</b>
Macro-obiettivo 2.1	Equilibrio Economico
Macro-obiettivo 2.2	Limiti di Costo
Macro-obiettivo 2.3	Gestione delle risorse finanziarie
Macro-obiettivo 2.4	Sviluppo della Contabilità Analitica in linea con Azienda Zero
<b>Area Strategica 3</b>	<b>Informatizzazione e Flussi Informativi</b>
Macro-obiettivo 3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico
Macro-obiettivo 3.2	Qualità e Completezza dei Flussi Informativi
<b>Area Strategica 4</b>	<b>Organizzazione Aziendale</b>
Macro-obiettivo 4.1	Sviluppo dei sottosistemi aziendali
Macro-obiettivo 4.2	Organizzazione del Lavoro
Macro-obiettivo 4.3	Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici

Per la definizione delle linee programmatiche si sono innanzitutto presi in considerazione i livelli prestazionali e di attività programmati negli anni scorsi (in particolare quelli di derivazione regionale), che risultano parzialmente o non raggiunti nel 2017 e che permangono critici nel 2018.

La maggior parte di questi obiettivi non possono essere conseguiti integralmente in un unico esercizio, e richiedono una programmazione pluriennale e un riposizionamento rispetto ai risultati conseguiti negli anni precedenti.

In particolare, come riportato nella relazione alla performance 2017 (DDG 453 del 28 giugno 2018) si ravvisano criticità sui seguenti obiettivi regionali (ex DGR 246/2017 e DGR 230/2018):

- Contenimento dei costi e rispetto dei tetti di spesa (Obiettivi A.1 ed A.3);
- Tempi di permanenza nei Pronti Soccorso (Obiettivo B.1);

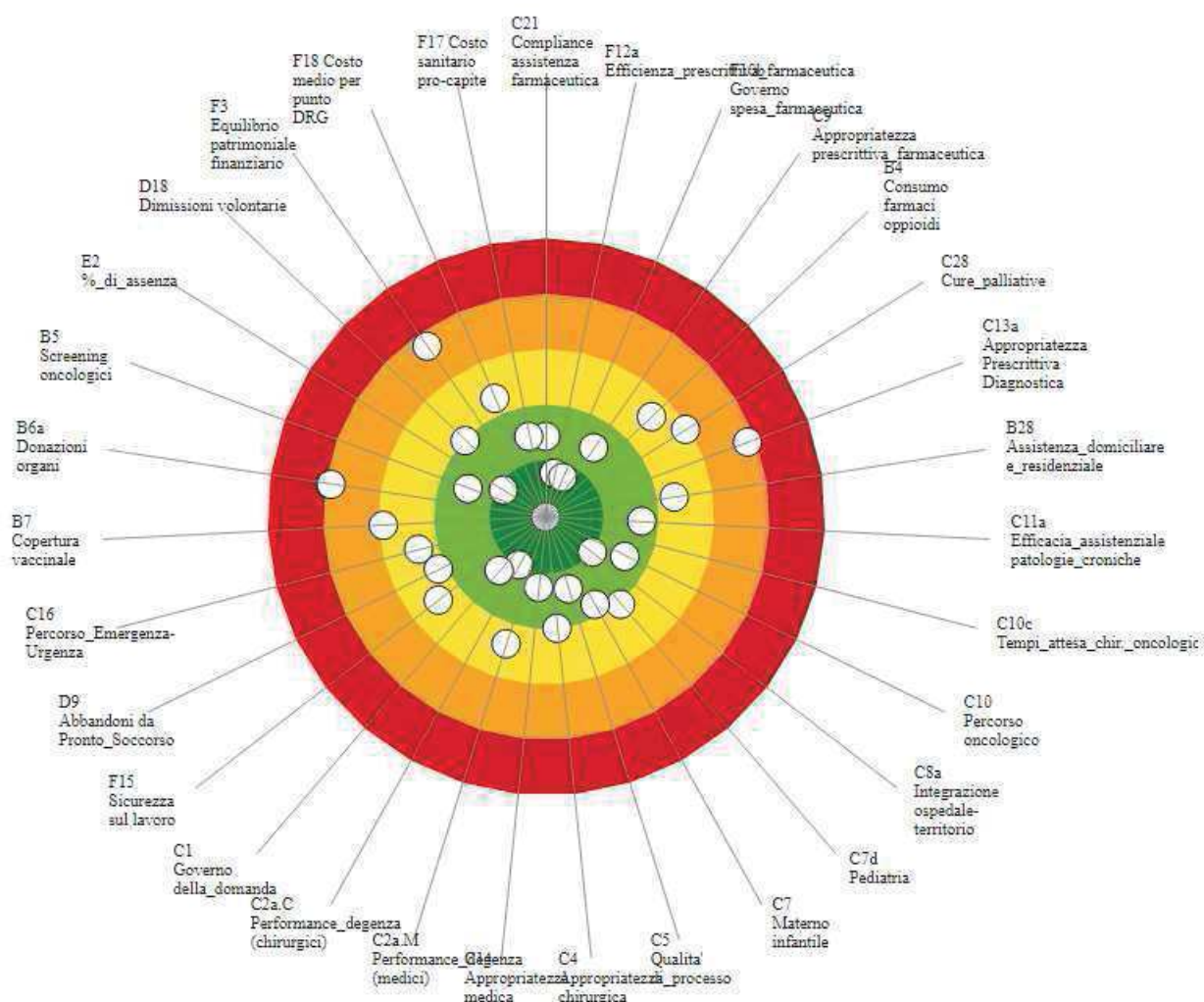
- Coperture Vaccinali e Tassi di adesione agli Screening (Obiettivo C.1);
- Qualità dei flussi informativi e realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (Obiettivo C.6).

Nel corso del 2018 inoltre il monitoraggio degli obiettivi ha evidenziato situazioni di rischio in merito a:

- Debito in scadenza e mantenimento del rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori (Obiettivo A.1 indicatore 2);
- Cure Palliative Oncologiche e Hospice (Obiettivo C.2 indicatori 8-11);
- Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE (Obiettivo C.3).

Il quadro delle analisi di posizionamento strategico dell'azienda, da cui deriva la scelta delle linee strategiche e degli obiettivi da perseguire nel triennio, si completa con l'ultima evidenza di benchmarking esterno cui l'azienda si è sottoposta, ovvero il cosiddetto "Bersaglio" del Network Sant'Anna, che sintetizza la performance dell'ULSS 9 Scaligera nel corso del 2017 sulle principali direttrici scelte dal progetto.

Figura 1 - Bersaglio Azienda ULSS 9 Scaligera - 2017



L'analisi mostra una buona performance comparata dell'azienda con poche aree critiche, di cui la maggior parte coincidenti con le problematiche già evidenziate in riferimento agli obiettivi regionali.

Nei capitoli seguenti si approfondiscono alcuni obiettivi di particolare rilevanza.

### **3.4.1. Area strategica 1: Erogazione dei LEA**

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Miglioramento dei tassi di copertura vaccinali e dei tassi di adesione agli screening oncologici**

Nel prossimo triennio il Dipartimento di Prevenzione avrà a riferimento ancora i macro obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRV 749 del 14/05/2015, in applicazione al Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018, secondo le priorità e i tempi indicati per singolo programma così come previsto dal piano stesso.

I tassi di copertura delle vaccinazioni ed i tassi di adesione agli screening oncologici richiedono progettualità pluriennali per raggiungere le soglie regionali e nazionali che non sono risultate soddisfatte nel biennio 2017-2018.

In parte queste progettualità sono già state introdotte nel 2018, ed infatti i tassi di copertura vaccinale risultano in crescita di due punti percentuali, ma per superare le soglie previste sarà necessario riorganizzazione e potenziare i servizi vaccinali.

In merito allo screening mammografico la fascia d'età della popolazione target è estesa alle donne dai 70 ai 75 anni.

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare**

Proseguiranno anche nel 2019 le attività conseguenti alla contaminazione con PFAS - sostanze Perfluoroalchiliche dei corpi idrici superficiali dei comuni della provincia di Verona (Distretti 2 e 3) confinanti con la provincia di Vicenza. L'Azienda ULSS 9 Scaligera dovrà proseguire e potenziare le attività tese a garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalle DGRV n. 2133 del 23/12/2016 e DGRV 851 del 13/06/2017 e successive. In particolare, in applicazione di quest'ultima, l'azienda dovrà garantire in autonomia accertamenti e eventuali interventi di secondo livello del protocollo di screening della popolazione esposta a Pfas con impiego di personale dedicato (3 assistenti sanitarie, un infermiere professionale e un dirigente medico a tempo parziale) e con conseguente aumento dei consumi dei dispositivi medici in vitro.

#### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Piano Triennale Aziendale delle Cure Primarie di sviluppo delle Medicine in rete e Medicine di Gruppo**

Nel 2018 le Direzioni Distrettuali e delle Cure Primarie hanno formulato il Piano triennale privilegiando, in coerenza con la programmazione regionale, i seguenti obiettivi per lo sviluppo delle cure primarie:

- la promozione delle forme associative evolute (medicine di gruppo e medicine di gruppo integrate);
- la partecipazione attiva agli obiettivi di governance, promuovendo l'appropriatezza prescrittiva, l'applicazione dei PDTA e protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio, la gestione domiciliare del paziente cronico complesso e del paziente terminale;
- la messa a regime del progetto di medicina di iniziativa di presa in carico da parte della medicina generale del paziente diabetico su tutto l'ambito dell'ULSS 9, dopo la sperimentazione condotta nel 2016-2017 nei Distretti 1 e 2, obiettivo centrale del nuovo patto.

Con l'attivazione delle Medicine di Gruppo integrate di Valeggio e di Castelnuovo del Garda nel Distretto 4 dell'Ovest Veronese l'azienda ULSS 9 arriva a contare 9 Medicine di Gruppo con 88 medici che vi operano.

L'Obiettivo del piano è di incrementare la percentuale dei MMG di ciascun distretto che opererà in medicina di gruppo assicurando la realizzazione di progettualità previste annualmente.

#### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Cure Palliative e flusso ADI**

La Regione con DGRV 1075 del 13/07/2017 "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS." ha inteso dare avvio ad una revisione del modello delle Cure Domiciliari, esplicitando alcuni indirizzi organizzativi, in particolare in merito al ruolo della COT, le modalità di integrazione dei MMG e dei MCA all'interno dell'equipe, l'attività del personale infermieristico, nonché l'informatizzazione e la gestione dei dati.

La Regione ha inoltre assegnato quale obiettivo al direttore generale il miglioramento della copertura e l'intensità delle cure palliative offerte in particolar modo ai malati oncologici, segnalando che, almeno in parte, l'applicazione di regole omogenee e più chiare nella rilevazione dell'attività di assistenza domiciliare, tramite il flusso ADI, possa far emergere in maniera più corretta il servizio effettivamente offerto. Per questo il flusso ADI dovrà essere

costantemente presidiato sia dal punto di vista informatico che gestionale al fine di migliorare la performance aziendale in questo settore.

Di seguito si riportano gli ultimi dati disponibili (monitoraggio al 30 settembre 2019) per gli indicatori relativi alle cure palliative da cui si evince l'incremento nell'impegno sul territorio con un aumento delle giornate di assistenza, ma una situazione ancora non coerente con gli standard previsti.

**Tabella 30 - Indicatori Cure palliative ex DGR 230/2018 obiettivo C.2 al 30/9/2018**

Indicatore	Valore 2017	Soglia 2018	Soglia adempienza parziale	monitoraggio al 30.9.2018
C.2.8 Numero deceduti per causa di tumore assistiti in cure palliative	39,40%	≥ 45%	≥ 35%	38,50%
C.2.9 Giornate di cure palliative erogate a domicilio		+ 5% rispetto al 2017	+ 2,5%	+ 20,4%
C.2.10 Malati oncologici deceduti in ospedale	35,40%	≤ 20% (o riduzione del 5%)	-	37,00%
C.2.11 Giornate effettive di assistenza medico palliativista		+ 5% rispetto al 2017	+ 2,5%	+ 46,6%
C.2.12 Ricoveri in Hospice <7gg	26,40%	≤ 25%	≤ 35%	36,60%
C.2.13 Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	36,80%	36,5% (1% in meno del 2017)	-	43,20%

L'azienda dovrà garantire attraverso la UOC Cure Palliative la programmazione del percorso assistenziale dei malati candidati a palliazione, garantendo attraverso i Nuclei di Cure Palliative la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, assicurando peraltro il coordinamento sanitario degli Hospice in maniera sempre più omogenea su tutto il territorio aziendale.

#### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Adeguamento della residenzialità extra-ospedaliera**

Nel 2019 proseguirà l'implementazione del Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Hospice, URT) previsto per il biennio dalla DGRV 1714 del 24/10/2017. L'azienda ULSS 9 nel 2017 aveva 15 posti letto attivi di Ospedale di Comunità nel Comune di Tregnago (Centro Sisto Zerbato) e 21 posti letto di Hospice nelle due strutture collocate nei comuni di Cologna Veneta (7 posti letto IPAB Cardo) e di Verona (14 posti letto IPAB Ist. Assistenza Anziani).

A fine anno 2018 l'Azienda ULSS 9 conta complessivamente 62 posti letto di Ospedale di Comunità e 31 posti letto di Hospice solo in parte a gestione diretta che impatteranno nel 2019, rispetto al 2018, sia in termini di investimenti strutturali (per il superamento della fase transitoria con adeguamento IV° piano dell'Ospedale di Bovolone) sia per i costi di gestione diretta ULSS e gestione non ULSS per le strutture attivate in corso d'anno. Infatti l'Hospice e l'Ospedale di Comunità della C.C. Pederzoli sono stati attivati rispettivamente con decorrenza 15/10/2018 e 01/07/2018, l'Ospedale di Comunità di Bovolone è stato attivato con decorrenza 28/12/2018.

Nel 2019 l'Azienda ULSS 9 prevede di attivare:

- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell'ex Ospedale di Valeggio sul Mincio a decorrere dal 01/03/2019,
- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell'Ospedale di Bussoleto a decorrere dal 01/09/2019,
- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell'Ospedale di Isola della Scala a decorrere dal 01/10/2019,
- 12 posti letto di Ospedale di Comunità nell'Ospedale di San Bonifacio a decorrere dal 01/10/2019,
- 7 posti letto di Hospice nell'Ospedale di Bovolone a decorrere dal 01/10/2019.

L'Azienda ULSS 9 a fine anno 2019 avrà 147 posti letto di Ospedale di Comunità e 38 posti letto di Hospice.

#### **Macro-obiettivo 1.3 - Assistenza Ospedaliera: Qualità dell'assistenza ospedaliera**

L'ULSS 9 presenta un tasso di ospedalizzazione superiore allo standard di 135 ricoveri per mille abitanti, e quindi il governo dell'assistenza ospedaliera rappresenta un fattore cruciale sia sul piano della soddisfazione della domanda che delle compatibilità economiche.

La qualità e completezza dell'assistenza ospedaliera, rappresentano la chiave per ottimizzare la rete di ospedali gestiti dall'ULSS e ridurre gli accessi presso le altre strutture.

L'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali ha già permesso e permetterà sempre più in futuro di implementare percorsi diagnostico terapeutici finalizzati alla completa presa in carico del paziente evitando così, nel rispetto delle reti hub e spoke, il ricorso a strutture ospedaliere extra aziendali o a convenzioni passive (Cardiologia Interventistica e radioterapia per es). Sarà inoltre possibile garantire standard minimi di volumi ed esiti come azienda Ulss 9 e standard relativi ai tempi di attesa.

A seguito dell'attivazione dell'ospedale di Villafranca avvenuto nel luglio 2018, l'azienda deve mettere in atto e programmare le successive attivazioni/riconversioni previste dalla DGR 353/2018. Per il Presidio ospedaliero di Bussolengo la delibera prevede l'attivazione di un reparto Day Surgery multidisciplinare, di un reparto di recupero e rieducazione funzionale e lungodegenza, di un reparto di Medicina.

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi ad una selezione degli indicatori di monitoraggio desunti dal Network Sant'Anna, dalla Griglia LEA e da indicatori utilizzati per gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Dalla tabella si evince il buon lavoro svolto finora, ma anche le aree di miglioramento.

**Tabella 31 - Indicatori Ospedalieri Anno 2018**

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo	Villafranca
Percentuale parti cesarei primari (Indicatore 18.1 Griglia LEA)	17,32%	< 20%	15,47%	11,38%	16,00%	14,44%
Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti non a rischio in regime ordinario (Indicatore 16 Griglia LEA)	16,63%	< 21%	14,09%	12,18%	16,21%	15,83%
% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.4)	4,53%	< 2%	3,98%	2,55%	2,96%	2,89%
% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	13,97%	< 15%	10,27%	3,73%	0,97%	0,40%
Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento inferiore od uguale a 2 giorni (Codice Indicatore S.Anna C5.2)	74,29%	> 80%	83,91%	79,64%	54,08%	53,97%
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (Codice Indicatore S.Anna C4.1.1)	16,08%	< 20%	13,90%	17,03%	24,01%	22,99%
Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (Indicatore S.Anna D18)	0,68%	< 0,35%	0,41%	1,44%	1,33%	1,74%
Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	20,64%	< 20%	6,04%	17,01%	0,00%	1,17%
% Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg)	1,23%	< 5%	0,00%	0,99%	1,06%	1,38%

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "indicatori DG" in data 8/4/2019

Sopra soglia e peggio della media regionale
Sopra soglia ma meglio della media regionale
Entro Soglia

Nella seguente tabella, si riporta l'ultima stima 2018 per gli indicatori del PNE con l'evidenziazione degli indicatori critici in ciascun presidio (privati accreditati inclusi).

Tabella 32 – Indicatori PNE Treemap 2018

		509. Scaligera					
		05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CAI'ARRIA	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO
	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	4,1	5,6	12,4	8,2		16,7
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	74,3	78,9	67,7	24,3		8,3
	Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni	8,7	13,1	11,4	9,6	8,7	10,6
Sistema Cardiocircolatorio	Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,5	1,7	0			
Sistema Nervoso	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	5,6	8	9,8	9,7		
Sistema Respiratorio	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	4,2	11,8	15,1	12,5	15,4	6,8
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria<3 giorni	88,2	89,6	83,7	85,4	93,3	87,8
Chirurgia Generale	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol>90 casi	79,5	81,4	99	98,9	0	0
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,5	3,5	0			
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	6,7	13,6	13,6	0		
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3,5	4,1	7,1	7,8		2,1
	Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	11,4	20	6,6	8,7		10
Chirurgia Oncologica	Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol>135 casi	100	0	0	100		0
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18,5	17,1	16,2	11,3	16,1	16,5
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,8	1	0,4	1,4	0	0,5
Gravidanza e Parto	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,8	0,5	0,8	0,8	2	0
	Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	66,7	70,9	83,9	76	54,3	54,3
Sistema Muscolare	Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento chirurgico	4	1	6			

\* il presidio di Villafranca è divenuto operativo in luglio 2018 pertanto le stesse attività nel corso del 2018

Periodo di riferimento: 01/01/2018 - 31/12/2018. Dati elaborati il 20/03/2019. Archivio disponibile al 03/03/2019

Standard di qualità:

ALTO

MEDIO ALTO

MEDIO

MEDIO BASSO

BASSO

Basso numero di casi a denominatore

**Macro-obiettivo 1.3 - Assistenza Ospedaliera: Tempi di permanenza in Pronto Soccorso**

Lo standard regionale di permanenza in PS è di 4 ore (240 minuti come da DGR 1513/2014) per almeno il 90% degli accessi (90° percentile < 240 minuti). La situazione nei differenti pronto soccorso della ULSS 9 Scaligera è disomogenea, ma nella maggior parte dei casi evidenzia tempistiche più alte.

Anche in questo caso va data continuità alle misure già adottate per la riduzione dei tempi d’attesa, proseguendo nel percorso di miglioramento che ha già portato la media aziendale ad avvicinarsi al rispetto dello standard.

**Tabella 33 - Indicatori Pronto Soccorso Anno 2018**

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo	Villafranca
90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso	05:06:00	< 4:00:00	05:37:00	04:20:00	03:56:00	04:21:00
Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale (Codice Indicatore S.Anna D9)	2,41%	< 1%	4,37%	2,55%	0,72%	0,77%
Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione (Indicatore Sant’anna C16.7)	54,24%	> 75%	64,50%	69,88%	48,78%	
Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti (Indicatore Sant’anna C16.1)	79,88%	> 90%	75,86%	82,27%	83,02%	85,67%

\* Dati 2018, estratti da DWH Regionale, "indicatori DG" in data 8/4/2019

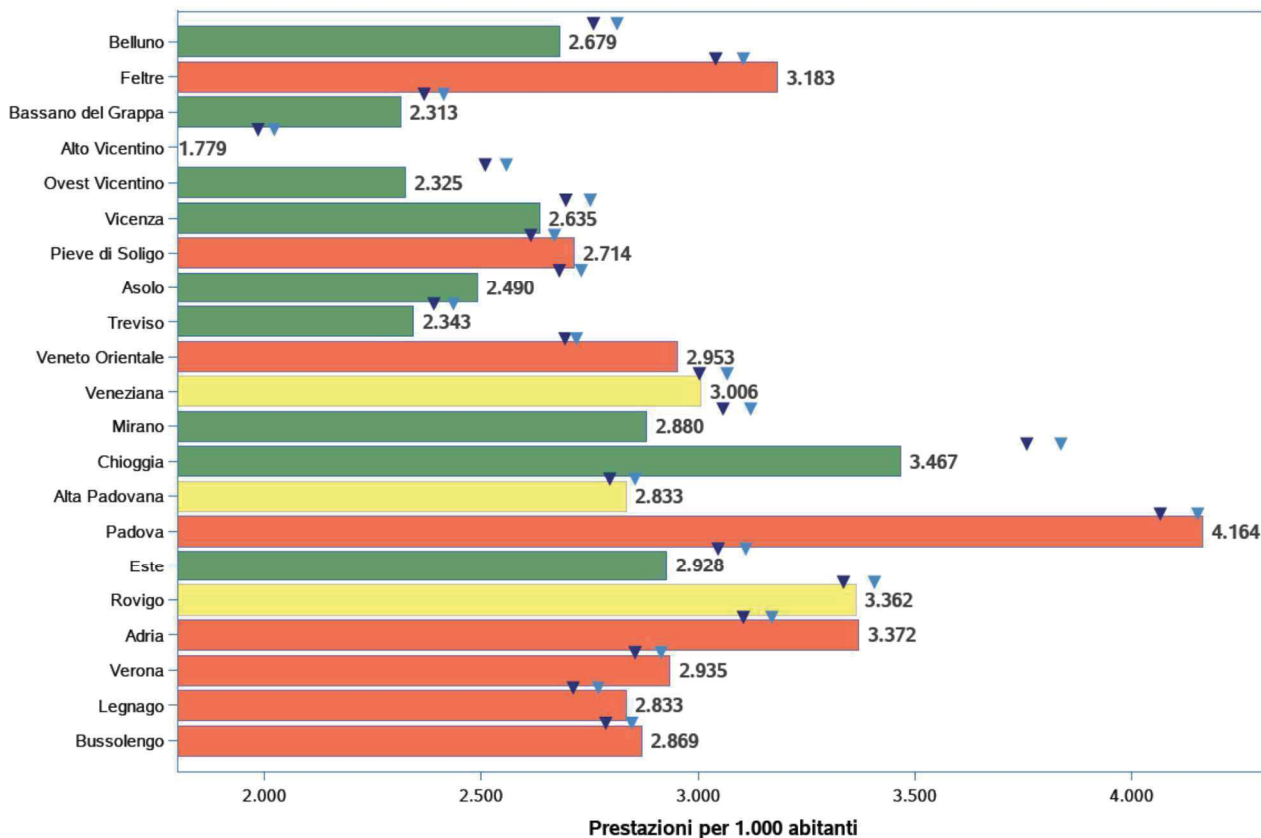
Sopra soglia e peggio della media regionale
Sopra soglia ma meglio della media regionale
Entro Soglia

**Macro-obiettivo 1.4 - Prestazioni Specialistiche: Governo della domanda ed appropriatezza**

Il governo della specialistica ambulatoriale evidenzia criticità nell'ULSS 9 Scaligera, con tassi di consumo globali e specifici superiori alle medie regionali.

I colori nel Grafico evidenziano se rispetto alla programmazione regionale (richiesta come riduzione del 3% o 5% sul dato 2017) la riduzione del tasso è sufficiente (=verde), insufficiente (=rosso) o parzialmente sufficiente (=giallo).

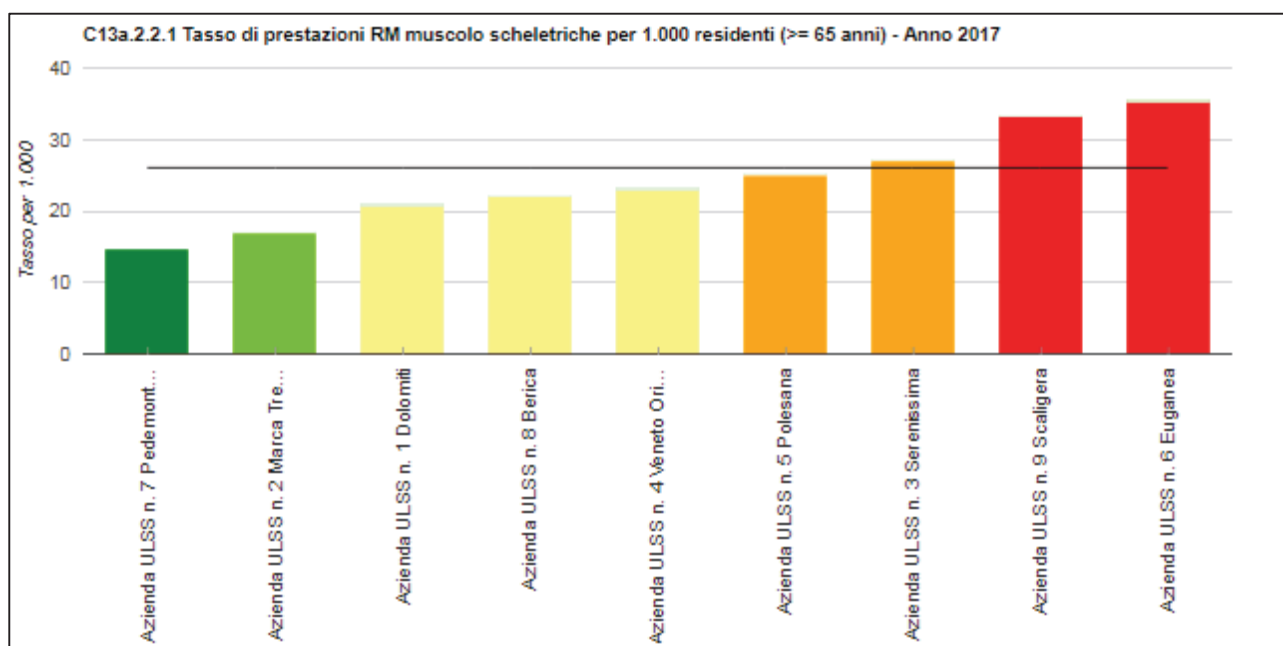
**Grafico 9 - Report Regionale sui tassi di consumo (N. prestazioni x1.000 abitanti al netto dei controlli e del Laboratorio)**



- (\*\*\*) fasce di riduzione rispetto al valore 2017: 3%, 5%

Anche il principale indicatore sull'appropriatezza dei consumi di assistenza specialistica del Sant'Anna (Tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche >65 anni) evidenzia una situazione critica.

Grafico 10 - Indicatore C13a.2.2.1 Network Sant'Anna



In merito all'assistenza specialistica, la presenza delle alte specialità nell'AOU di Verona e di un numero di strutture private di grande rilevanza, rende complesso il governo del fenomeno che coinvolge sia i medici prescrittori (territorio ed in ospedale) sia gli erogatori.

Per questo l'obiettivo ha una trasversalità molto ampia e coinvolge sia le strutture dedicate alle cure primarie, che i reparti ospedalieri sia chi si occupa dei rapporti di convenzione.

#### **Macro-obiettivo 1.5 - Tempi di Attesa: Liste di attesa**

La pianificazione aziendale da tempo dedica particolare attenzione alla problematica dell'accesso alle prestazioni da parte dell'assistito in termini di tempo di attesa tra la prescrizione e l'erogazione. Infatti la Regione Veneto, nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, già con DGR 3140/2010 successivamente integrata con DGR 2369/2011, ha provveduto a definire le percentuali di prestazioni ambulatoriali da erogarsi entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità. Nel recepire il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa la Regione, con la DGR 863/2011, ha confermato l'impostazione metodologica che affronta la problematica sui tre fronti: l'informazione, la domanda e l'offerta di prestazioni.

La DGR n. 320 del 12/03/2013 ha voluto rafforzare le indicazioni principali della normativa nazionale e regionale già esistente, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa assegnando al Direttore Generale la responsabilità dell'attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa che descrive il sistema di governo aziendale. Anche per il 2017 la DGRV 246/2017 ha riportato obiettivi di contenimento dei tempi di attesa e di attuazione del Piano Aziendale.

La rilevanza del rispetto degli standard dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali trova ulteriore conferma nel Progetto di legge n. 194 relativo a "Collegato alla L.R. 30/2017 di Stabilità regionale" all'art. 38 "Interventi per il governo delle liste d'attesa".

La Regione Veneto dispone che le Aziende ULSS e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, debbano rispettare i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti. Al comma 4 dell'art. 38 della predetta norma la Regione prevede che l'Azienda debba:

- garantire appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- assegnare una classe di priorità così come previsto dall'impegnativa del SSN (Urgente, Breve, Differita, Programmabile) e garantire ad ogni classe una diversa tempistica di erogazione. Tale tempistica è confermata per le classi U e B, mentre per la classe D passa per tutte le prestazioni da 60 a 30 giorni dalla prenotazione e per la Classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo prescrizione del medico rispetto ai 180 giorni previsti nel 2016;

- erogare il 90% delle prestazioni entro i tempi massimi previsti per ogni classe di priorità e deve garantire un'erogazione del restante 10% entro i successivi 10 giorni per la classe B e i successivi 30 giorni per le classi D e P;
- individuare modalità di accesso e/o di presa in carico per ulteriori accertamenti o visite di controllo;
- definire modalità di gestione della pianificazione dell'offerta anche in relazione all'analisi della domanda;
- garantire la possibilità di teleconsulto tra i medici prescrittori e i medici eroganti;
- facilitare l'accesso dell'utente sia alla direzione generale sia ad un numero verde regionale per segnalare eventuali criticità;
- garantire standard operativi e di integrazione dei centri di prenotazione;
- pianificare l'apertura e il funzionamento delle strutture fino alle ore 23 per almeno 3 giorni alla settimana e dalle 8 alle 12 la domenica e i giorni festivi;
- assegnare una classe di priorità garantendo una diversa tempistica per gli interventi chirurgici: quattro classi di priorità previste (A 30 gg, B 60 gg, C 90 gg, D 180 gg);
- garantire agli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna l'inserimento nella classe di priorità A (30 gg di tempo di attesa) anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Da quanto sopra riportato ne consegue un importante investimento in risorse che l'azienda deve destinare per garantire il rispetto degli standard regionali dando continuità alle misure già adottate per la riduzione dei tempi di attesa su tutti i distretti.

Si riporta il dettaglio dell'obiettivo di rispetto delle Liste d'attesa ambulatoriali da cui si evince che le percentuali di rispetto critiche sono migliorate nel corso del 2017 sia nelle strutture pubbliche che private. Permane la criticità per le prestazioni traccianti in classe P che a dicembre sono state erogate entro lo standard previsto solo per il 88% anziché per il 95% con conseguente raggiungimento parziale dell'obiettivo .

Grafico 11- Distretti 1 e 2, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi

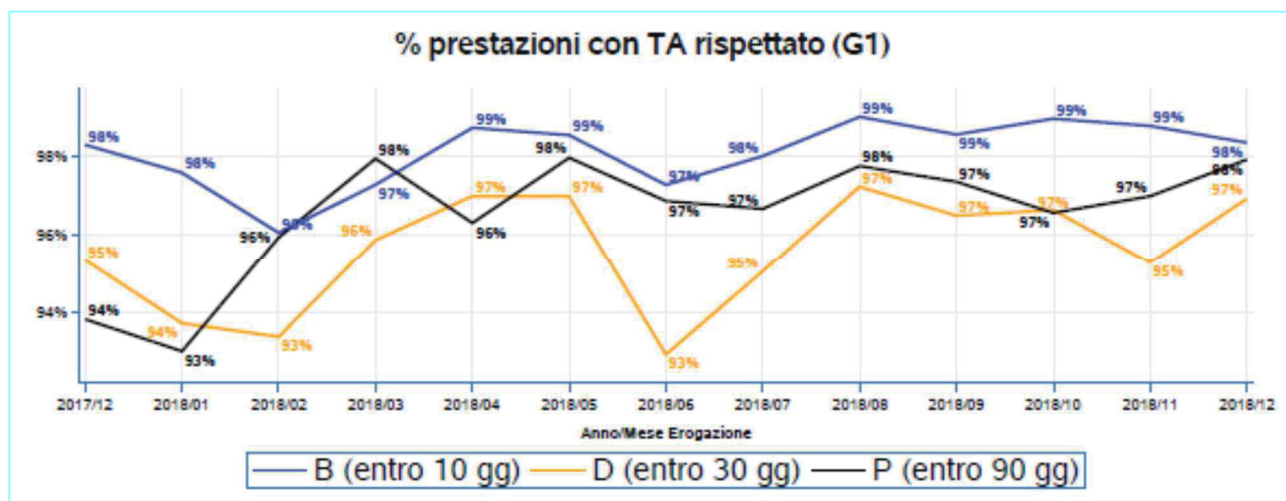


Gráfico 12 - Distretto 3, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi

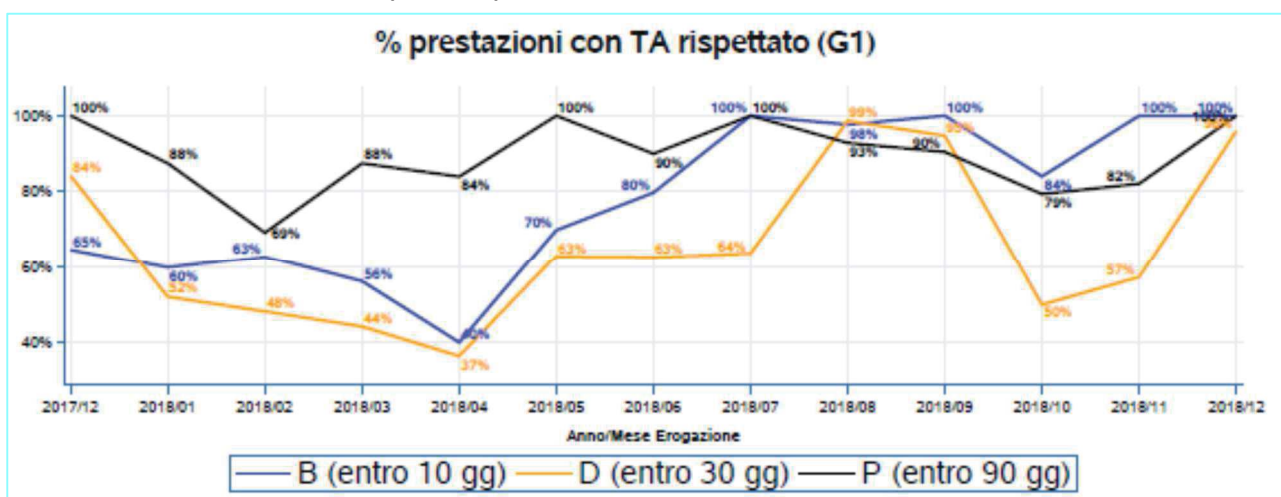
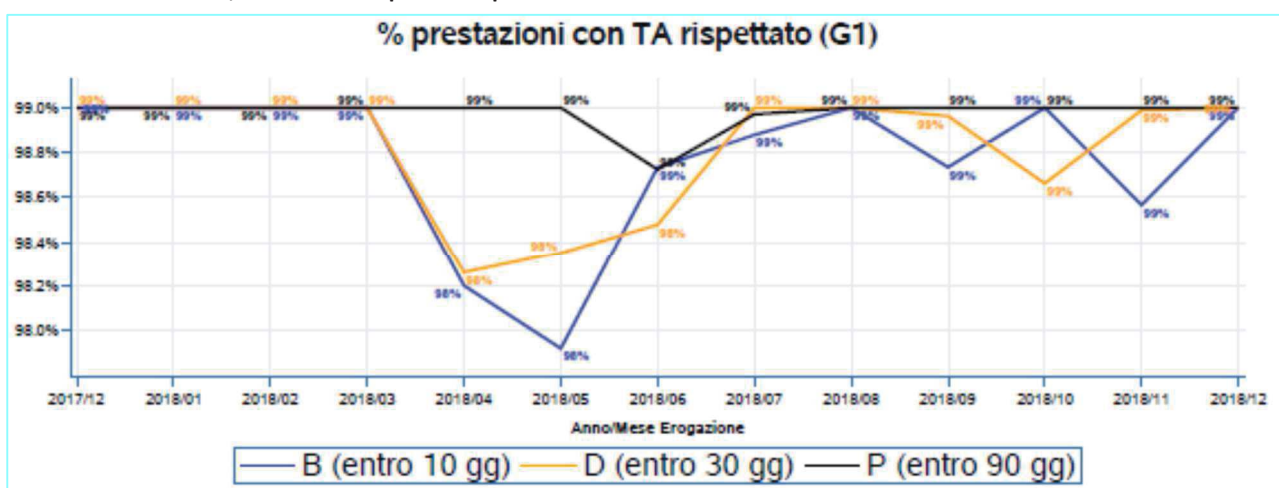


Gráfico 13 - Distretto 4, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi



**Macro-obiettivo 1.6 - Attività Sociosanitaria e Sociale: Area Disabilità e non autosufficienza**

L'Atto aziendale istituisce le UOC Disabilità e non autosufficienza per garantire risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie, sviluppando progetti individualizzati per potenziare e mantenere abilità e competenze per una migliore inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita incluso l'ambito scolastico e lavorativo. In particolare gestisce interventi di tipo sociale e/o economico, le modalità di accesso alla rete dei Centri di Servizi per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali attraverso il Registro Unico della Residenzialità, nonché interventi di sollievo per le famiglie.

La Regione con la DGRV n. 1231 del 14/8/2018 ha approvato il nuovo schema tipo di accordo contrattuale per i Centri di Servizio per Anziani "accreditati" che erogano prestazioni socio sanitarie. I nuovi accordi richiedono modalità di lavoro integrata e condivisa anche con le UOC Cure Primarie responsabili, in primis, delle attività di coordinamento e controllo sanitario.

La gestione ed il rilascio delle IDR (impegnative di Residenzialità) tramite il RUR (Registro Unico Residenzialità) richiederà l'omogeneizzazione delle procedure precedentemente in essere al fine di eliminare ogni residua differenza nell'accesso all'assistenza da parte dei cittadini.

### **Macro-obiettivo 1.7 - Aspetti relazionali con gli utenti: Gestione dei reclami**

Si ritiene importante misurare la qualità dal punto di vista del cittadino. Valorizzando e facilitando il contributo e la partecipazione dei cittadini nel realizzare un sistema sanitario di qualità con l'obiettivo di ripristinare il rapporto di fiducia e alleanza tra struttura, medico e paziente.

Al fine di orientare l'organizzazione al miglioramento dei rapporti con l'utenza e pertanto aumentare la qualità dell'assistenza, è obiettivo prioritario dell'azienda minimizzare i reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Per questo sono stati predisposti opportuni strumenti di monitoraggio e gestione dei reclami affinché ad ogni lamentela segua il debito approfondimento e l'Azienda possa dare risposta adeguata.

Con riferimento particolare alle lamentele dovute agli aspetti relazionali sarà richiesto a ciascun responsabile di vigilare su tutto il personale afferente affinché siano minimizzati i reclami di questo tipo.

Inoltre l'Azienda procederà ad avviare programmi per periodiche indagini sulla Soddisfazione dell'Utenza.

### **3.4.2. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria**

#### **Macro-obiettivo 2.2 - Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva**

L'azienda ULSS 9 ha storicamente evidenziato criticità in merito al rispetto dei tetti di spesa sui beni sanitari con scostamenti che sono stati solo parzialmente giustificati dalla regione. Tale problematica permane anche dalle stime effettuate per l'esercizio 2018 con i dati relativi al monitoraggio al 30/09/2018; risulta pertanto strategico nel 2019 rafforzare e implementare opportune misure.

- a) Tetti di costo Farmaceutica e miglioramento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica e riduzione dei costi per acquisto di beni sanitari: la previsione di spesa per l'anno 2018 nell'Azienda ULSS 9 Scaligera è di 98.500.000 € superiore al tetto assegnato dalla Regione nel 2018. Pertanto permane anche per il 2019 una importante criticità che condiziona il raggiungimento del nuovo e più stringente tetto di spesa assegnato. L'azienda dovrà proseguire nelle azioni rivolte a :
  - -aumento della distribuzione di farmaci attraverso l'ADI
  - -miglioramento dell'adesione degli indicatori di appropriatezza prescrittiva
  - -attuazione e rinnovo dei Patti con i MMG
  - -incontri con i MMG che presentano una spesa farmaceutica elevata.
- b) Tetti di costo acquisti diretti, Dispositivi medici e dispositivi medici in vitro  
L'azienda ULSS 9 per questi tetti ha posto in essere un attento monitoraggio dei budget assegnati alle unità operative ospedaliere e eventuali scostamenti saranno oggetto di valutazioni e azioni correttive per ricondurre i costi aziendali all'interno degli standard regionali, qualora giustificati dall'andamento dell'attività saranno relazionati in sede di monitoraggio

#### **Macro-obiettivo 2.3 - Gestione delle risorse finanziarie: Tempi di Pagamento**

Il tema è divenuto di estrema rilevanza per il ciclo della performance alla luce delle recenti disposizioni (Legge di Bilancio 2019) che prevede una penalizzazione economica per il management, ed a cascata per il personale, delle aziende che non rispettino i tempi di pagamento.

L'ULSS 9 presenta a tutt'oggi, una situazione positiva (indicatore dei tempi di pagamento inferiore a zero), ma secondo una batteria di indicatori che esprime meglio la qualità del processo di pagamento, esistono ulteriori aree da monitorare.

Per questo l'Azienda ha promosso un'analisi del ciclo passivo e predisposto strumenti informatici idonei a sospendere la decorrenza dei tempi di pagamento a fronte di motivazioni legittimamente opponibili ai fornitori (ad esempio assenza di CIG in fattura).

Inoltre è stato reingegnerizzato il processo di liquidazione, responsabilizzando liquidatori e pagatori al rispetto di tempistiche standard.

### **Macro-obiettivo 2.1 - Equilibrio Economico: Piano di razionalizzazione della Spesa**

Come da indicazioni regionali (DGR 1969/2016 e nota prot. 529222 del 29/12/2016), l'ULSS 9 Scaligera ha provveduto a stendere apposito piano di razionalizzazione della Spesa ai sensi dell'art. 16, commi 4 e 5 della D.L.98/2011 con possibilità di utilizzare il 50% dei risparmi per misure di incentivazione del personale.

Con DDG n. 209 del 29/3/2018 l'Azienda ha aggiornato il Piano di Razionalizzazione per il triennio 2018-2020 che deve essere aggiornato per scorrimento anche in relazione ai risultati raggiunti nel corso del 2018.

Il Piano prevede 6 interventi:

- Riduzione del costo, a seguito di internalizzazione e riorganizzazione di processo interno relativo all'appalto di servizio di data entry dei servizi veterinari;
- Riduzione del costo per mensa a seguito modifica profili orari da parte del personale dipendente;
- Riduzione del costo di canoni di locazione immobili;
- Riduzione del costo per convenzioni;
- Riduzione del costo di acquisizione di beni e servizi;
- Riduzione del costo per il Patto Aziendale del Servizio di Continuità Assistenziale.

La verifica della regolare esecuzione ed efficacia di quanto pianificato deve essere cura dei servizi coinvolti al fine di generare i risparmi previsti. Gli interventi previsti sono parte integrante della scheda budget dei servizi coinvolti.

La certificazione dell'effettiva realizzazione dei risparmi spetta ai revisori dei conti.

### **3.4.3. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi**

#### **Macro-obiettivo 3.2 - Qualità e Completezza dei Flussi Informativi**

Il numero e la complessità dei flussi informativi che l'azienda produce ed invia in ragione del debito informativo previsto dalla normativa è in continua crescita.

Gli standard di qualità e tempestività minimi richiesti si stanno via via irrigidendo, e richiedono puntuali interventi (ad esempio la recente richiesta di riconciliazione dei flussi relativi ai farmaci con le evidenze raccolte dal ministero presso i Produttori). Su questo è chiara sia la politica regionale che nazionale.

L'invio tempestivo, completo e corretto di tutti i flussi informativi rappresenta un pre-requisito al sistema premiante del Direttore Generale ai sensi della DGR 230/2018. Pertanto tutte le strutture aziendali che intervengono nel processo cui segue l'alimentazione del flusso, che abbiano o meno un ruolo diretto nell'elaborazione informatica, sono chiamate a mettere in qualità i propri processi al fine di minimizzare gli errori ed i tempi e rispettare gli standard regionali.

La situazione risulta particolarmente delicata in quanto in attesa che la riorganizzazione regionale produca i suoi effetti di centralizzazione e vi sia la piena disponibilità dei servizi di Azienda Zero in ambito informatico, non è al momento possibile impiegare risorse adeguata agli investimenti necessari all'integrazione dei sistemi informativi delle precedenti ex ULSS oggi fuse nella Scaligera.

Questa situazione richiede quindi di dare risposte organizzative laddove le procedure informatiche non permettono automaticamente ed efficientemente la produzione dei flussi richiesti.

### **3.4.4. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale**

#### **Macro-obiettivo 4.1 - Sviluppo dei sottosistemi aziendali: Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR**

Con Decreto del Commissario di Azienda Zero n. 135 del 30 giugno 2017, è stato approvato il "Manuale di standard organizzativi, contabili e procedurali" ed è stata richiesta nel 2017 ad ogni azienda una ricognizione delle proprie procedure e degli obiettivi contenuti nel PAC; in tale occasione è stato definito e rispettato uno specifico cronoprogramma per lo svolgimento delle attività con il supporto della funzione di controllo interno.

L'azienda ha previsto nell'Atto aziendale una Unità Operativa Complessa di Internal Auditing che svolgerà la funzione in collaborazione e coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale (RPCT) e supporterà metodologicamente le Unità Operative coinvolte nel percorso attuativo della certificabilità.

L'Azienda ha approvato il proprio Piano Triennale di Audit 2019-2021 con DDG N. 854 del 28/12/2018. Per l'anno 2019 sono previste attività di:

- Analisi dei rischi (Risk scoring) ed individuazione dei processi da auditare nel 2020 tra quelli prioritari
- Audit ai seguenti processi:
  - Prestazioni di Residenzialità e Semi Residenzialità socio-sanitaria: Prestazioni per Anziani
  - Prestazioni specialistiche in regime LP: attività specialistica in regime di LP; attività di ricovero in regime di LP

**Macro-obiettivo 4.1 - Sviluppo dei sottosistemi aziendali: Corretta gestione e puntuale monitoraggio dell'efficienza del ciclo passivo**

La parte del ciclo passivo connessa con la corretta gestione degli ordini ha evidenziato alcune criticità, che portano conseguenze sia sui tempi di pagamento che sulla qualità dei flussi informativi che l'Azienda produce.

In particolare l'emissione dell'ordine preventivo per ogni operazione di acquisto permette di governare al meglio la successiva liquidazione delle fatture, contraendo i tempi di pagamento e permettendo una verifica più puntuale in corso d'anno dell'andamento dei costi effettivi. Inoltre l'imputazione dei costi ai centri di costo aziendali permette la completa alimentazione della contabilità analitica (e la sua quadratura con la contabilità generale) aspetto fondamentale anche alla luce dei debiti informativi verso la Regione connessi con la cosiddetta Contabilità Analitica Regionale.

**Macro-obiettivo 4.1 - Sviluppo dei sottosistemi aziendali: Accredimento istituzionale e certificazione di qualità**

Come previsto dalla normativa vigente, nel 2015 era stata presentata alla Regione Veneto la domanda di rinnovo dell'accredimento istituzionale per le ex Aziende ULSS 20 - 21 e nel 2011 domanda di rilascio dell'accredimento istituzionale per l'ex Azienda ULSS 22.

Nel frattempo con DGR 2266 del 30.12.2016 la Giunta Regionale ha recepito e applicato il Disciplinare Tecnico (allegato A) dell'Intesa Stato - Regioni n. 32/CSR del 19.02.2015, adottando i "Requisiti minimi generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accredimento delle strutture sanitarie", in parziale sostituzione della DGR 2501/2004.

Nel 2018 ha avuto luogo l'audit previsto da parte del competente gruppo tecnico, cui seguirà un documento di rilievi con la rilevazione puntuale delle azioni correttive richieste. Nello stesso tempo è necessario adeguarsi ai nuovi requisiti minimi richiesti. Pertanto l'UOS Rick Management ha coordinato e coordinerà, in collaborazione con Azienda Zero, la formazione dei valutatori iscritti negli elenchi regionali e le fasi di preparazione alla visita, attraverso la verifica della rispondenza ai nuovi requisiti regionali di accreditamento istituzionale da parte di tutte le strutture aziendali, con il coinvolgimento dei direttori delle Unità Operative Complesse/Servizi e dei referenti della qualità.

Nell'Azienda ULSS 9 Scaligera ci sono diverse esperienze di accreditamento volontario ereditate dalle tre ex Aziende. In particolare il mantenimento della certificazione ISO 9001 e certificazione ISO 9000.

Alla luce di tutti i percorsi implementati e allo scopo di continuare a promuovere il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la sicurezza del paziente la Direzione Generale farà una valutazione di sostenibilità dei percorsi avviati individuando alcuni ambiti dei Servizi ospedalieri e territoriali.

Vengono inoltre promosse e supportate due iniziative storiche: la certificazione volontaria che ha coinvolto l'intera azienda: Baby Friendly Hospital - BHF ed il Progetto Bollini Rosa con l'adesione alle iniziative promosse dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna O.N.Da.

**Macro-obiettivo 4.2 - Organizzazione del Lavoro: Clima organizzativo interno all'Azienda**

Nel 2017 l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha partecipato, insieme alle altre Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e l'indagine, avendo cadenza biennale, sarà effettuata nuovamente nel 2019. Questa iniziativa si è collocata all'interno del Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi sanitari del Network di Regioni aderenti.

Il Sistema di valutazione si compone di sei dimensioni: lo stato di salute delle popolazioni, la valutazione sanitaria, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione della dinamica economica finanziaria e la valutazione interna.

In quest'ultima dimensione si colloca l'indagine di clima organizzativo, che ha la finalità di conoscere l'opinione del dipendente su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

### 3.5. Documento delle Direttive 2019

Come anticipato, il presente piano integra il Documento delle Direttive 2019, nel quale si riportano gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione, con l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa "Capofila".

Con il termine di Unità Operativa "Capofila" si individua la struttura organizzativa che, oltre a dover perseguire almeno per la parte di propria competenza l'obiettivo strategico, sarà chiamata anche a monitorare gli interventi delle altre Unità Operative coinvolte, riferendo alla Direzione Strategica l'andamento aziendale.

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
<b>Area Strategica 1: Erogazione dei LEA</b>									
Macro-obiettivo 1.1: Prevenzione	Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	DGR 248/2019 P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,80%	tutte ≥ 95%	tutte ≥ 95%	tutte ≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 248/2019 P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	92,15%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 248/2019 P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	Dato non disponibile, presumibilmente in aumento rispetto al 2017 ma sotto soglia	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 248/2019 P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	71,30%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 248/2019 P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	56,10%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 248/2019 P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	60,80%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 248/2019 P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	n.d.	Diminuzione	Diminuzione	Diminuzione	DS	UOC SPISAL
	Obiettivo 1.1.4: Esecuzione dei Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare	DGR 248/2019 P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	n.d.	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	n.d.	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	n.d.	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	n.d.	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	n.d.	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	n.d.	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.7	esecuzione del PNAA	n.d.	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
		DGR 248/2019 P.E.1.8	% controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	n.d.	Soglia D.Lgs. 193/2006	Soglia D.Lgs. 193/2006	Soglia D.Lgs. 193/2006	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 2133/1016 e s.m.i.	Esecuzione delle attività previste dal Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta ai PFAS	Eseguita	Si	Si	Si	DS	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute
	Obiettivo 1.1.5: Promozione di stili di vita sani	DGR 248/2019 P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	n.d.	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 248/2019 P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	n.d.	≥ 300	≥ 300	≥ 300	DS	Dipartimento Dipendenze
Macro-obiettivo 1.2: Assistenza Territoriale	Obiettivo 1.2.1: Esecuzione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie	DGR 248/2019 D.A.1.1	Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie: % della programmazione attuata entro la fine del 2019	n.d.	≥ 65%	≥ 65%	≥ 65%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.A.1.1 (req a)	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS: % MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio	10 MMG e 9 PLS "sotto orario", 4 MMG con copertura <5gg, 2 MMG e 2 PLS con associazione a F.A non valida	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.1.1 (req b)	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS: % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	n.d.	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	-	100%	100%	100%	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	n.d.	SI	SI	SI	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	n.d.	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate	DGR 248/2019 D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	n.d.	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	n.d.	100%	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.3.1 (req)	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione: % MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i	solo 26% dei MMG invia IVAQ, 100% medici in MGI. Superamento	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
			valori	soglia MGI					
	Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla DGRV 433 del 06/04/2017	Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità	Attivato ODC di Bovolone e Peschiera	Apertura ODC di Valeggio, Bussolengo, San Bonifacio e Isola della Scala	-	-	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
			Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice	Attivato Hospice Peschiera	Apertura Hospice di Bovolone	-	-	DS/DA	UOC Cure Palliative
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 248/2019 D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	n.d.	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	n.d.	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	n.d.	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	14,50%	≥ 15%	≥ 15%	≥ 15%	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	16,78%	≥ 15%	≥ 15%	≥ 15%	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.2.1	Adeguamento agli standard qualitativi previsti dalla DGR 1075/2017: % standard rispettati	n.d.	100%	100%	100%	DS	Direzione Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 248/2019 D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	42%	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	35%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	77,46%	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	DS	UOC Cure Palliative

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	29,38%	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	44,4%	diminuzione	diminuzione	diminuzione	DS	UOC Cure Palliative
	Obiettivo 1.2.6: Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	DGR 248/2019 D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	364,26	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	n.d.	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	DS	Dipartimento di Salute Mentale
Macro-obiettivo 1.3: Assistenza Ospedaliera	Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Pronto Soccorso secondo gli standard	DGR 248/2019 D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	17	<= 18'	<= 18'	<= 18'	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	4:37	≤ 4 ore	≤ 4 ore	≤ 4 ore	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
	Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	DGR 248/2019 ed Obiettivi V Commissione consigliere C.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	L'algoritmo si sintesi regionale, evidenzia un raggiungimento del 66%	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Gli ospedali critici sono Legnago, Negrar e Pederzoli	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	n.d.	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	74,52%	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.5	% di parti cesarei primari	11,38% in reparti sopra i 1.000 parti, 16,87 negli altri	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere C1	Rispetto delle schede di dotazione regionale; rispetto dei tassi di ospedalizzazione e del tasso di occupazione.	- Tasso di Ospedalizzazione - Tasso di occupazione	Sì	Sì	Sì	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi assegnati dalla Commissione Consigliere C3	Attivazioni reti cliniche e tempo dipendenti e loro mantenimento.	Infarto, Ictus	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		Obiettivo Aziendale	Mantenimento/miglioramento di indicatori e standard dell'attività di degenza:	- Degenza media: - 8,60 - % ricoveri oltre soglia - % DRG chirurgici in degenza ordinaria: 44,2%	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
	Obiettivo 1.3.3: Miglioramento del Saldo di Mobilità	DGR 248/2019 O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	-4%	>= 5%	>= 5%	>= 5%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
DGR 248/2019 O.T.6.6		FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	3%	<= -5%	<= -5%	<= -5%	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
DGR 248/2019 O.T.6.7		FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	n.d.	>= 90	>= 90	>= 90	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
	Obiettivo 1.3.4: Ottimizzazione dell'Attività di sala operatoria	DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	91%	≥90%	≥90%	≥90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
DGR 248/2019 O.T.2.2		% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	80%	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere	
	Obiettivo 1.3.5: Gestione del Rischio Clinico	DGR 248/2019 O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	17%	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
DGR 248/2019 O.T.8.2		Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	n.d.	≥ 10 audit su eventi avversi	≥ 10 audit su eventi avversi	≥ 10 audit su eventi avversi	DS	UOS Risk management	
DGR 248/2019 O.T.9.1		N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	n.d.	≥ 3	≥ 3	≥ 3	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere	
DGR 248/2019 O.T.9.1 (req)		Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza: Inserimento nel piano strategico annuale di attività formativa attinente le infezioni correlate all'assistenza	n.d.	SI	SI	SI	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	n.d.	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	DS	UOS Risk management
		DGR 248/2019 S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	n.d.	> 30 segnalazioni/mese	> 30 segnalazioni/mese	> 30 segnalazioni/mese	DS	UOS Risk management
		DGR 248/2019 S.D.3.1 (req)	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC: Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	n.d.	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	DS	UOC Affari Generali
Macro-obiettivo 1.4: Prestazioni Specialistiche	Obiettivo 1.4.1: Governo della domanda di Prestazioni Specialistiche	DGR 248/2019 D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	n.d.	≤ 40% o riduzione	≤ 40% o riduzione	≤ 40% o riduzione	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		Obiettivo Aziendale	Volume (numero) di prestazioni ambulatoriali erogate direttamente	5.662.941	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.5: Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.1: Riduzione o Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa	DGR 248/2019 D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	97%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	96%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	94%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	98%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	93%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	n.d.	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 1.6: Attività Sociosanitaria e	Obiettivo 1.6.1: Erogazione Servizi Sociali	Piani di Zona	Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona	Sì	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Sociale		DGR 248/2019 D.H.4.1	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo: Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	n.d.	100%	100%	100%	DSS/DS	Dipartimento Dipendenze
Macro-obiettivo 1.7: Aspetti relazionali con gli utenti	Obiettivo 1.7.1: Corretta rappresentazione delle informazioni per l'utenza sul sito aziendale	Obiettivo Aziendale	Costante aggiornamento del sito aziendale	Sì	Sì	Sì	Sì	DA/DS/DSS	UOS Comunicazione e Marketing URP e
	Obiettivo 1.7.2: Riduzione reclami pervenuti all'URP	Obiettivo Aziendale	Numero reclami su aspetti relazionali pervenuti all'URP complessi, con responsabilità dell'UOC oggettiva e accertata	Definizione del sistema di monitoraggio e sperimentazione reportistica (78 reclami fondati, su aspetti relazionali nel I semestre 2018)	Avvio monitoraggio e diffusione della reportistica, obiettivo di meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	Meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	Meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	DA/DS/DSS	UOS Comunicazione e Marketing URP e
	Obiettivo 1.7.3: Implementazione dell'Umanizzazione delle cure	Obiettivi assegnati dalla Commissione Consigliere E4	Interventi tesi alla implementazione dell'umanizzazione nel rapporto con pazienti e familiari da parte del personale medico e sanitario.	-	Avvio rilevazione della soddisfazione dell'utenza	Sì	Sì	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing

### Area Strategica 2: Sostenibilità economico-finanziaria

Macro-obiettivo 2.1: Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 248/2019 PRE.1	Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato	Risultato d'esercizio ultimo CEPA -€ 59.512.743	Sì	Sì	Sì	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo prefissato	DGR 248/2019 S.A.1.1	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Ultimo Dato disponibile 2018	≤ 0	≤ 0	≤ 0	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
		Obiettivo Aziendale	Attuazione del Piano triennale di razionalizzazione della spesa ai sensi dell'art16 del D.L.98/2011	Consuntivati i risparmi per l'anno 2017 ed aggiornato il Piano entro i termini	Aggiornamento del Piano entro il 31/3/19 Consuntivazione dei risparmi 2018 entro il 30/4/19	-	-	DA	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.3: Redazione dei Bilanci Sociali	Normativa nazionale	Omogeneizzazione e condivisione della metodologia di redazione dei Bilanci Sociali	Definito il metodo	Condivisione manuale con i Comitati dei Sindaci	Applicazione	Applicazione	DA/DSS	Direzione Amministrativa Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 2.1.4: Gestione Contratti e Convenzioni	Obiettivo Aziendale	Organizzazione della funzione del Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (DEC)	-	Definizione Anagrafe dei DEC, Elaborazione Regolamento, Avvio Formazione	Controllo informatizzato degli appalti	-	DA	UOC Contabilità e Bilancio
		Obiettivo Aziendale	Applicazione patti aziendali Medicina Generale - medici di Assistenza Primaria e medici di Continuità Assistenziale	Sì	Sì	Sì	Sì	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 2.1.5: Ottimizzazione ciclo attivo e Recupero Crediti	Obiettivo Aziendale	Proceduralizzazione di tutte le attività connesse all'attività di recupero crediti	Sì	Sì	Sì	Sì	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Macro-obiettivo 2.2: Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.1: Rispetto dei vincoli economici in materia di personale	DGR 248/2019 S.A.1.3	Costo del Personale	Scostamento 1,35%	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DA/DS/DSS	UOC Gestione Risorse Umane
	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 248/2019 O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	€ 44.200.000	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	€ 118	≤ 122€	≤ 122€	≤ 122€	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 248/2019 O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	€ 26.808.912	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.3	Costo IVD	€ 8.056.500	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	3 su 17 indicatori soddisfacenti	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	€ 97.097.537	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 248/2019 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	€ 17	≤ 15 €	≤ 15 €	≤ 15 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	€ 10	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	7 su 16 indicatori soddisfacenti	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere E7	Recupero farmaci e presidi medici	-	Si	Si	Si	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
Macro-obiettivo 2.3: Gestione delle risorse finanziarie	Obiettivo 2.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014	DGR 248/2019 S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	-9,00	≤ 0 gg	≤ 0 gg	≤ 0 gg	DA	UOC Contabilità e Bilancio
		DGR 248/2019 S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	n.d.	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Macro-obiettivo 2.4: Sviluppo della Contabilità Analitica in linea Azienda Zero	Obiettivo 2.4.1: Corretta emissione ed evasione degli ordini	Obiettivo Aziendale	Implementazione di tutte le procedure necessarie all'emissione di ordine preventivo per ogni costo sostenuto	non applicabile	Si	Si	Si	DA	UOC Contabilità e Bilancio

### Area Strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi

Macro-obiettivo 3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico	Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr	DGR 248/2019 S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (IQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	n.d.	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	DS/DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 248/2019 S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	n.d.	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	DA/DS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 248/2019 S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	n.d.	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DA/DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 248/2019 S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	n.d.	100%	100%	100%	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Sono presenti criticità per il FSEr Non sono presenti criticità in altri ambiti	SI	SI	SI	DA/DS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali (UOS Sistemi Informativi)
Macro-obiettivo 3.2: Qualità e Completezza dei Flussi Informativi	Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informatici	DGR 248/2019 S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Flussi NSIS: 24 su 34 indicatori soddisfacenti Flussi Beni Sanitari: 5 su 16 indicatori soddisfacenti	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.B.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118: % indicatori rispettati	3 su 3 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 D.E.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.F.1.1 (req a)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica: Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	78%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 248/2019 D.F.1.1 (req b)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica: % spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	n.d.	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.1.1 (req a)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	1%	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.1.1 (req b)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	1%	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.3.3 (req)	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati) : PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	n.d.	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.4.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND: % indicatori rispettati	n.d.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	DA/DSS	Dipartimento Dipendenze

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 D.I.1.1 (req)	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio. : % Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	0%	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM: % indicatori rispettati	4 su 5 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 248/2019 O.A.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS: % indicatori rispettati	5 su 6 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 O.T.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri: % indicatori rispettati	4 su 13 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM: % indicatori rispettati	1 su 3 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.1.3 (req)	Rispetto della completezza del flusso DM: % dei IVD codificati con CNL almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	98%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.2.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO: % indicatori rispettati	Media dei principali errori riscontrati sul totale schede inviate 5%	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi	DGR 248/2019 S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	n.d.	Secondo programmazione	Secondo programmazione	Secondo programmazione	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 248/2019 S.B.2.1 (req)	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out: % partecipazione	n.d.	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

### Area Strategica 4: Organizzazione Aziendale

Macro-obiettivo 4.1: Sviluppo dei sottosistemi	Obiettivo 4.1.1: Rispetto normativa Anticorruzione -	Disposizioni nazionali Anticorruzione	Svolgimento della formazione specifica del personale come previsto nel PTPCT	Rispettato il Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione
--	--	---------------------------------------	--	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------	--------------------------------------

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
aziendali	Applicazione del PTPCT		Effettuazione delle analisi del rischio e predisposizione delle conseguenti attività di controllo e misure di prevenzione	7 processi critici sono stati oggetti di analisi	Valutazione delle misure di contenimento in essere sui processi mappati nel 2018 e analisi di ulteriori 10 processi critici	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione
	Obiettivo 4.1.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 248/2019 S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	100%	SI	SI	SI	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.1.3: Percorso Attuativo della Certificabilità	DGR 248/2019 S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	n.d.	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	DA/DS/DSS	UOC Internal Auditing
		DGR 248/2019 S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	n.d.	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	DA/DS/DSS	UOC Internal Auditing
	Obiettivo 4.1.4: Omogeneizzazione delle procedure e dei processi amministrativi	DGR 248/2019 S.F.2.1	Tempestività nel dare risposta alle richieste della Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza (art. 4 co. 3 ter L.R. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	SI	SI	SI	SI	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali
	Obiettivo 4.1.5: Applicazione delle politiche di Autoassicurazione	Obiettivo Aziendale	Rispetto delle disposizioni regionali in tema di autoassicurazione	SI	SI	SI	SI	DA	UOC Affari Generali
		Obiettivo Aziendale	Adempimenti in materia di corretta gestione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE)	Unificazione del DSE	Gestione del DSE	-	-	DA	UOC Affari Generali
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere E6	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	n.d.	SI	SI	SI	DS/DA	Direzione della Funzione Ospedaliera

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2018	2019	2020	2021	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.1.6: Garantire il rispetto delle disposizioni normative nell'ambito della privacy	Obiettivo Aziendale	Adeguamento organizzativo ed applicazione nuovi regolamenti aziendali	-	Esecuzione delle attività propedeutiche	Rispetto delle procedure	Rispetto delle procedure	DA	UOC Affari Generali
Macro-obiettivo 4.2: Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.1: Attuazione dell'atto aziendale	Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere A1	Organizzazione dei distretti conformemente agli atti aziendali approvati	Sì	Sì	Sì	Sì	DSS/DS	Direzione della Funzione Territoriale
	Obiettivo 4.2.2: Attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	DGR 248/2019 S.C.3.1	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	n.d.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	DA	UOC Gestione Risorse Umane
	Obiettivo 4.2.3: Miglioramento del Benessere organizzativo	Obiettivo Aziendale	Svolgimento dell'indagine biennale promossa dal Network Sant'Anna secondo programmazione regionale	non applicabile	Sì	non applicabile	Sì	DS/DA/DSS	UOC Gestione Risorse Umane
	Obiettivo 4.2.4: Rispetto delle disposizioni relative all'erogazione di prestazioni in libera professione	Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere A3	Verifica sul rispetto della percentuale massima di legge della libera professione	Sì	Sì	Sì	Sì	DS/DA	Direzione Amministrativa Ospedaliera
Macro-obiettivo 4.3: Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici	Obiettivo 4.3.1: Pianificazione investimenti	Obiettivo Aziendale	Pianificazione degli investimenti secondo le procedure aziendali e regionali	-	Attuazione della Procedura aziendale per la pianificazione degli investimenti	Come da disposizioni regionali	Come da disposizioni regionali	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere C4	Utilizzo delle risorse ad investimento rispetto alla programmazione autorizzata	n.d.	Sì	Sì	Sì	DA/DS/DSS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Obiettivo 4.3.2: Sviluppo Progetti Edilizi	DGR 248/2019 S.C.1.1	Realizzazione REMS a Nogara	n.d.	Entro 31.12.2019	-	-	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

## 4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

---

### 4.1. Misurazione e valutazione della performance

#### 4.1.1. I riferimenti normativi

Ai sensi dell'art.1, del D. Lgs. 150/2009 per le strutture del Servizio Sanitario è previsto l'adeguamento ai principi di cui all'art. 3 (principi su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art.5, c.2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15, c. 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità), del decreto stesso.

È inoltre previsto, all'art. 31, l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 17, c. 2 (sistema premiante senza nuovi oneri), art. 18 (selettività nei premi, esclusione automatismi), art. 23, c. 1 e 2 (selettività delle progressioni economiche), art. 24, c. 1 e 2 (concorsualità nelle progressioni di carriera), art. 25 (attribuzione di incarichi e responsabilità per favorire la crescita professionale e la responsabilizzazione), art. 26 (percorsi di alta formazione e periodi di lavoro in primarie istituzioni nazionali ed internazionali), art. 27, c. 1 (destinazione a incentivo di quota parte dei risparmi sui costi di funzionamento).

Altre norme di riferimento sono:

- D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- D.Lgs. 229/99 di riforma ter recante: Norma per la razionalizzazione del SSN;
- D.Lgs. 286/99 riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio;
- Personale Comparto: art. 47 CCNL 01/09/1995, art. 35, comma 3, CCNL 07/04/1999, art. 5 CCNL 31/07/2009, art.81 e 82 del CCNL 21/05/2018;
- Personale Aree Dirigenziali: art. 25 – 32 dei CCCCNL 03/11/2005, artt. 6, 11 , 12 e 13 del CCNL Area Dirigenza SPTA del 17/10/2008;
- L.R. 55/1994, "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 56/1994, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 23/2012 contenente Norma in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione piano socio-sanitario regionale 2012-2016.
- D.G.R. 2205/2012, contenente le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e la valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 150/2009 sostituita con la successiva D.G.R. n. 140/2016, di approvazione delle nuove linee guida;
- D.G.R. n. 1969 del 06/12/2016 ad oggetto "Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111" con la quale la Regione Veneto ha deliberato di "garantire" che i contratti integrativi, gli accordi e regolamenti oggetto di relazioni sindacali delle Aziende ULSS soppresse e incorporanti mantengano la loro efficacia indicativamente sino al 30 giugno e comunque non oltre il 30 settembre 2017, in attesa della stipula dei nuovi contratti integrativi e accordi aziendali.

#### 4.1.2. Il sistema di misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

<b>Obiettivo</b>	L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.
<b>Indicatore</b>	L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali: comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto); confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard); fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento); affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno); oggettività; attribuibilità. Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.
<b>Infrastruttura di supporto</b>	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.
<b>Processo</b>	Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono: definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale; utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.
<b>Gli strumenti di programmazione e valutazione</b>	Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto: il Piano triennale delle Performance; Documento delle direttive per l'anno di riferimento; Metodologia aziendale del processo di budget; sistema di misurazione e valutazione individuale; la Relazione annuale sulla Performance.
<b>Pubblicità</b>	Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti: il Piano della performance – Documento delle Direttive; la Relazione sulla performance; tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

## 4.2. Metodologia aziendale applicata

### 4.2.1. Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che attraverso il Piano delle performance triennale:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali;
- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

Il documento conseguente all'adozione del Piano performance, che costituisce il momento di avvio del processo di budget, è il Documento delle Direttive. Il documento di direttive dovrà essere inviato a tutti i direttori di Struttura al fine di darne la massima diffusione.

### 4.2.2. Formulazione del Budget

Il Documento delle Direttive viene inviato a tutti i Responsabili di Struttura come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget.

L'atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti. Le Unità Operative che negoziano il budget sono quelle incaricate di gestire le risorse assegnate, ovvero le Unità Operative Complesse, cui affiancare le Unità Operative Semplici Dipartimentali e le Unità Operative Semplici in staff alle Direzioni strategiche.

L'"attività di budgeting", attraverso un percorso di negoziazione, comporta l'individuazione degli obiettivi per le diverse Unità Operative, che rappresentano la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto. Al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati e dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati, a partire dal 2019 viene prevista la possibilità di una pesatura diversa per il medesimo obiettivo tra la dirigenza ed il comparto.

La contrattazione avviene tra il Direttore di area o suo delegato, il Direttore di Funzione, il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Unità Operativa. Ciascun responsabile sarà coadiuvato da propri collaboratori professionali. Gli obiettivi assegnati alle UOS sono inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono.

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dal Direttore di area o suo delegato, il Direttore di Funzione, il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Unità Operativa.

La scheda di Budget riporta:

- gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive;
- azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- il peso dei singoli obiettivi differenziato per il personale dirigente e per il personale del comparto.

Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

La fase di negoziazione si conclude con il recepimento delle schede budget sottoscritte tramite atto deliberativo complessivo. È compito del Controllo di gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è l'oggetto della valutazione della Performance Organizzativa. La percentuale di raggiungimento degli obiettivi della performance organizzativa determina la percentuale liquidabile delle risorse totali a disposizione dell'Unità Operativa e di conseguenza influenzano la valorizzazione della quota individuale.

I responsabili delle strutture con assegnazione di budget, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, si impegnano a:

- comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;

- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- formalizzare gli obiettivi individuali attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione siano debitamente sottoscritte dai valutati.

#### ***4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività***

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- Monitoraggio degli obiettivi di costo e di attività per le UU.OO
- Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi
- Rinegoziazione degli obiettivi
- Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento

L'azienda è dotata di un sistema informatico di datawarehouse che permette l'accesso alla reportistica via web da parte dei responsabili. I report espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo, ed in particolar modo riportano gli indicatori, le soglie ed i pesi per ciascuna scheda budget sottoscritta, permettendo costantemente di verificare l'andamento degli indicatori di attività, costo e qualità negoziati.

Attualmente il sistema include tutte le schede di budget delle Unità Operative ospedaliere, ed è intenzione della Direzione Aziendale estendere questo strumento ad altre articolazioni aziendali; già nel 2019 è previsto di gestire nello stesso modo le schede di budget delle Unità Operative di area amministrativa.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi non numerici, che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, sono oggetto di specifiche richieste di relazione sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Il monitoraggio avviene in stretto coordinamento con la parallela verifica infrannuale che la Regione effettua sugli obiettivi assegnati al Direttore Generale.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso è cura dell'U.O.C. Controllo di Gestione organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

La fase di rinegoziazione ha luogo indicativamente nei mesi di settembre-ottobre alla luce dei dati consolidati del primo semestre dell'anno. In questa fase i responsabili che ritengono giustificabile una modifica delle soglie di raggiungimento ne fanno richiesta alla Direzione dell'Azienda che valuta se accettare la rinegoziazione.

Il monitoraggio finale è avviato dalla Direzione dell'Azienda con la richiesta ad ogni responsabile di inviare una relazione illustrativa sul raggiungimento dei propri obiettivi. L'U.O.C. Controllo di Gestione predispone quindi le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

### **4.3. Valutazione della performance individuale**

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget.

La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, lo scopo prioritario della misurazione e valutazione della performance individuale deve essere tesa a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;

- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto. Entrambi i sistemi sono frutto di negoziazione con le rappresentanze sindacali e contenuti in altrettanti Contratti Integrativi Aziendali:

- **DDG 100 del 2 febbraio 2018** "Approvazione accordo decentrato in materia di "sistema di misurazione e valutazione della Performance" - personale dell'area del comparto.
- **DDG 638 del 4 ottobre 2018** "Approvazione accordi decentrati "sistema di misurazione e valutazione della performance – area dirigenziale dei ruoli SPTA" e - "regolamento per l'attribuzione di risultato dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa", per l'azienda ULSS 9 scaligera"
- **DDG 843 del 28 dicembre 2018** "Approvazione accordi decentrati area della dirigenza medica e veterinaria: "regolamento per l'attribuzione della retribuzione di risultato" - "regolamento sistema di misurazione e valutazione della performance" - "regolamento in materia di affidamento degli incarichi dirigenziali" - "accordo per l'individuazione, la durata e la valorizzazione economica degli incarichi dirigenziali"

Le quote di retribuzione di risultato (dirigenti) ed i premi correlati alla performance organizzativa e individuale (comparto) erogate individualmente ai dipendenti di ogni Unità Operativa sono proporzionate alla valutazione della performance organizzativa secondo la seguente tabella:

**Grafico 14 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile**

% Raggiungimento obiettivi di budget	% liquidabile alla Dirigenza medica e veterinaria	% liquidabile alla Dirigenza dei ruoli SPTA	% liquidabile al Comparto
100% - 90%	100%	100%	100%
89%-85%	90%	100%	100%
84% - 80%	90%	80%	100%
79% - 70%	80%	80%	80%
69% - 60%	0%	60%	80%
59% - 50%	0%	0%	60%
Inferiore al 50%	0%	0%	0%

### **Valutazione del personale Dirigenziale**

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale adottato con DDG 843 del 28 dicembre 2018 e DDG 638 del 04/10/2018.

La scheda di valutazione per i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e anche di UOS per la Dirigenza SPTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali e di UOS (solo per la Dirigenza Medica e Veterinaria) 7 item, in entrambi i casi su una scala da 1 a 5.

**Tabella 34 - Valutazione numerica Item della scheda**

Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo SPTA)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5
Altri dirigenti e Incarichi UOS (solo DMV)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 7 (8 per Direttori di UOC e UOSD/UOS) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD/UOS)

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale da erogarsi è così determinata:

Quota erogata	Punteggio Direttori di UOC e Responsabili di UOSD/UOS (su 8 fattori)	Punteggio Incarichi UOS e altri dirigenti (su 7 fattori)
0,00%	Da 8 a 15	Da 7 a 13
50,00%	Da 16 a 23	Da 14 a 20
75,00%	Da 24 a 30	Da 21 a 26
100,00%	Da 31 a 40	Da 27 a 35

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget.

La valutazione organizzativa, effettuata entro il primo semestre dell'anno successivo all'anno cui la valutazione si riferisce, deriva dalle risultanze delle rendicontazioni di budget.

La valutazione individuale finale, effettuata sempre entro il primo semestre, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione che potrà essere richiesto dal dipendente. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire eventuali commenti. In caso di conflitto sugli esiti della valutazione, è prevista la possibilità di attivare una procedura di risoluzione delle controversie.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione alla Performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

### Valutazione del personale del Comparto

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item su una scala da 5 a 10.

**Tabella 35 - Valutazione numerica item della scheda**

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	Non del tutto positivo	Sufficiente	Buono	Eccellente
	5	6	8	10

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate a tale risultato.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota dei premi correlati alla performance organizzativa e individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

**Tabella 36 - Quota della retribuzione di risultato erogata**

Punteggio	Quota erogata
< a 35	0,00%
Da 36 a 40	60,00%
Da 41 a 45	80,00%
Da 46 a 70	100,00%

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget. I singoli obiettivi possono avere un peso differente da quello della dirigenza nella misurazione della performance organizzativa per il comparto.

La valutazione individuale finale, effettuata entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

## 4.4. Timing del processo

Le tempistiche per il processo di gestione della performance sono chiaramente scandite dalle disposizioni normative e regionali.

**Tabella 37 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016**

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2019)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2019)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2019)	febbraio
Negoziare Budget (anno 2019)	aprile-settembre
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2019)	settembre
Predisposizione schede di valutazione (anno 2018)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2018)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2018)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2018)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno 2019)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2018)	entro il 15 settembre
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2018)	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV

I cicli si sovrappongono nel tempo creando momenti di revisione continua della programmazione annuale.

