



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 42 DEL 23/01/2020**

Il Direttore del UOC Controllo di Gestione

Visto il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto: “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, che all’art. 10, prevede l’adozione di un documento programmatico, denominato Piano della Performance, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale;

Preso atto che le disposizioni introdotte dalla fonte legislativa sopra richiamata 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 perseguiti 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 in applicazione dell’art. 10, comma 8, lett. b) del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33 ad oggetto: “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, corre l’obbligo per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione Trasparente”;

Richiamata la DGRV n. 140 del 16/02/2016 che ha approvato le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia e che sostituisce integralmente la DGRV n. 2205 del 6/12/2012 ed i suoi allegati;

Richiamata altresì la Legge Regionale n. 19 del 25.10.2016 relativa all’Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della regione Veneto – Azienda Zero” che ha disposto l’individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”;

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);

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

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 42 DEL 23/01/2020**

Ritenuto di precisare che l'impostazione di tale documento è finalizzata a garantire un ciclo della performance "integrato" che comprenda gli ambiti relativi:

- alla performance,
- agli standard di qualità dei servizi,
- ad un migliore collegamento con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio,
- alla trasparenza e integrità e, successivamente all'adozione del relativo Piano, alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione;

Preso atto della necessità di prevedere un successivo aggiornamento del Piano della Performance nel momento in cui sarà resa disponibile la DGR di assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020 da parte della Regione Veneto;

Atteso che gli obiettivi previsti nel Piano della Performance devono essere coerenti con gli obiettivi previsti nel documento aziendale in fase di aggiornamento "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – triennio 2020-2022";

Ritenuto di procedere, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, alla formale adozione del "Piano della Performance 2020-2022 dell'Azienda Ulss 9 Scaligera", 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'avvenuta 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 il "Piano della Performance 2020-2022 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera" allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;

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

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 42 DEL 23/01/2020**

- 2) di prevedere la necessità di un successivo aggiornamento del Piano sopracitato nel momento in cui sarà resa disponibile la DGR di assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020 da parte della Regione Veneto;
- 3) di pubblicare detto Piano sul sito istituzionale dell'azienda nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
- 4) 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**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 42 DEL 23/01/2020**

**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, 28/01/2020

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 2020-2022**

**Approvato con Delibera del Direttore Generale n.42 del 23 gennaio 2020**

## Indice

<b>PRESENTAZIONE DEL PIANO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>6</b>
2.1. L'AZIENDA ULSS 9 IN CIFRE .....	7
<b>2.1.1. Il territorio e la popolazione</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1.2. Lo stato di salute della popolazione e l'analisi dei bisogni</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1.3. Tassi di accesso ai servizi sanitari</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1.4. L'assistenza ospedaliera</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1.5. L'assistenza specialistica</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.6. L'assistenza distrettuale</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1.7. L'assistenza primaria</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.8. L'assistenza domiciliare</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.9. L'assistenza residenziale e semiresidenziale</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.10. Il Dipartimento delle Dipendenze</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.11. Il Dipartimento di Salute Mentale</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.12. Il Dipartimento di Prevenzione</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1.13. Il personale dipendente</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1.14. Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento</b> .....	<b>24</b>
2.2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....	27
<b>3. LE LINEE PROGRAMMATICHE</b> .....	<b>30</b>
3.1. OBIETTIVI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE .....	31
<b>3.1.1. Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1.2. Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale</b> .....	<b>34</b>
3.2. CORRELAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – TRIENNIO 2020-2022 .....	34
3.3. LE ALTRE PROGETTUALITÀ AZIENDALI.....	35
3.4. LE LINEE PROGRAMMATICHE.....	36
<b>3.4.1. Area strategica 1: Erogazione dei LEA</b> .....	<b>39</b>
<b>3.4.2. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria</b> .....	<b>48</b>
<b>3.4.3. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi</b> .....	<b>49</b>
<b>3.4.4. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale</b> .....	<b>50</b>
3.5. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2020 .....	52
<b>4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE</b> .....	<b>67</b>
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE .....	67
<b>4.1.1. Il sistema di misurazione e valutazione della performance</b> .....	<b>67</b>
4.2. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA .....	68
<b>4.2.1. Programmazione</b> .....	<b>68</b>
<b>4.2.2. Formulazione del Budget</b> .....	<b>68</b>

<b>4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività .....</b>	<b>69</b>
4.3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	69
4.4. TIMING DEL PROCESSO .....	73
<b>5. CONCLUSIONI .....</b>	<b>74</b>

# PRESENTAZIONE DEL PIANO

---

*Il presente Piano Performance 2020-2022 aggiorna per il prossimo triennio la pianificazione strategica dell'Azienda. 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.*

*Inoltre 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 quale documento programmatico triennale attraverso il quale vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi, e viene elaborato in conformità con le Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto con DGR 2205/2012 e DGR 140/2016, e gli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013, dando 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 ed i portatori di interessi. Inoltre la misurazione e la valutazione della performance, collegate al sistema premiale, rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Il Piano si suddivide in tre parti:

- una descrizione del quadro di riferimento in cui opera l'Azienda, comprensiva della normativa di riferimento, nella quale si riportano i dati principali sulle dimensioni e sull'attività (Cfr. capitolo 2 - Il quadro di riferimento);
- l'illustrazione della strategia aziendale attraverso gli obiettivi perseguiti in base alle fonti che li determinano (Cfr. capitolo 3 - Le linee programmatiche);
- la rappresentazione della concreta applicazione del ciclo della performance nell'ULSS 9 Scaligera, con particolare riferimento agli strumenti di responsabilizzazione e valutazione individuale, inclusi i sistemi premiali (Cfr. capitolo 4 - Il ciclo di gestione della performance).

## 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

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

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO	
PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA	
	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
PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO	
	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

*“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.

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”*

## 2.1. L'azienda ULSS 9 in cifre

### 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 distribuita in 98 comuni e raggruppati in quattro distretti 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 Capitol, 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
<b>Distretto dell'EST VERONESE</b>			<b>BUSSOLENGO</b>	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
<b>COLOGNA VENETA</b>	Via Rinascimento	0442 425 079	<b>CAPRINO VERONESE</b>	Via Cappuccini, 34	045 6207198
<b>MONTECCHIA DI C.RA</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 LUPATO</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

L'Azienda 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 ha subito un lieve aumento rispetto all'anno precedente (+3.676 abitanti) conseguente ad un leggero aumento degli stranieri residenti e della speranza di vita, che compensano la diminuzione delle nascite. L'indice di Natalità passa infatti da 8,2 a 7,9 nati per 1000 abitanti

**Tabella 1 - Popolazione al 31/12/2018 Fonte: istat (dati.istat.it)**

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
da 0 a 4	20.275	19.116	<b>39.391</b>
da 5 a 14	46.265	43.681	<b>89.946</b>
da 15 a 24	46.135	43.270	<b>89.405</b>
da 25 a 44	114.935	113.570	<b>228.505</b>
da 45 a 64	137.799	137.676	<b>275.475</b>
da 65 a 74	46.569	51.302	<b>97.871</b>
oltre 75	42.135	63.769	<b>105.904</b>
<b>totale</b>	<b>454.113</b>	<b>472.384</b>	<b>926.497</b>

**Tabella 2 – Indicatori Demografici Istat**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
<b>Popolazione al 31/12/2018</b>	472.703	154.470	299.324	<b>926.497</b>
<b>N. Comuni</b>	36	25	37	<b>98</b>
<b>Nati Vivi</b>	3.780	1.235	2.348	<b>7.363</b>
<b>Deceduti</b>	4.691	1.646	2.464	<b>8.801</b>
<b>Saldo naturale</b>	-911	-411	-116	<b>-1.438</b>
<b>N. Famiglie</b>	207.605	61.396	123.601	<b>392.602</b>
<b>% residenti 0-14</b>	13,64	13,93	14,48	<b>13,96</b>
<b>% residenti &gt;=65</b>	22,91	22,28	20,40	<b>21,99</b>
<b>% residenti stranieri</b>	13,09	10,52	10,66	<b>11,88</b>
<b>Indice di natalità</b>	8,0	8,0	7,8	<b>7,9</b>
<b>Indice di vecchiaia</b>	1,7	1,6	1,4	<b>1,6</b>
<b>Indice di carico sociale</b>	57,6	56,8	53,6	<b>56,1</b>
<b>Indice di dipendenza giovanile</b>	21,5	21,8	22,2	<b>21,8</b>
<b>Indice di dipendenza senile</b>	36,1	34,9	31,3	<b>34,3</b>

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

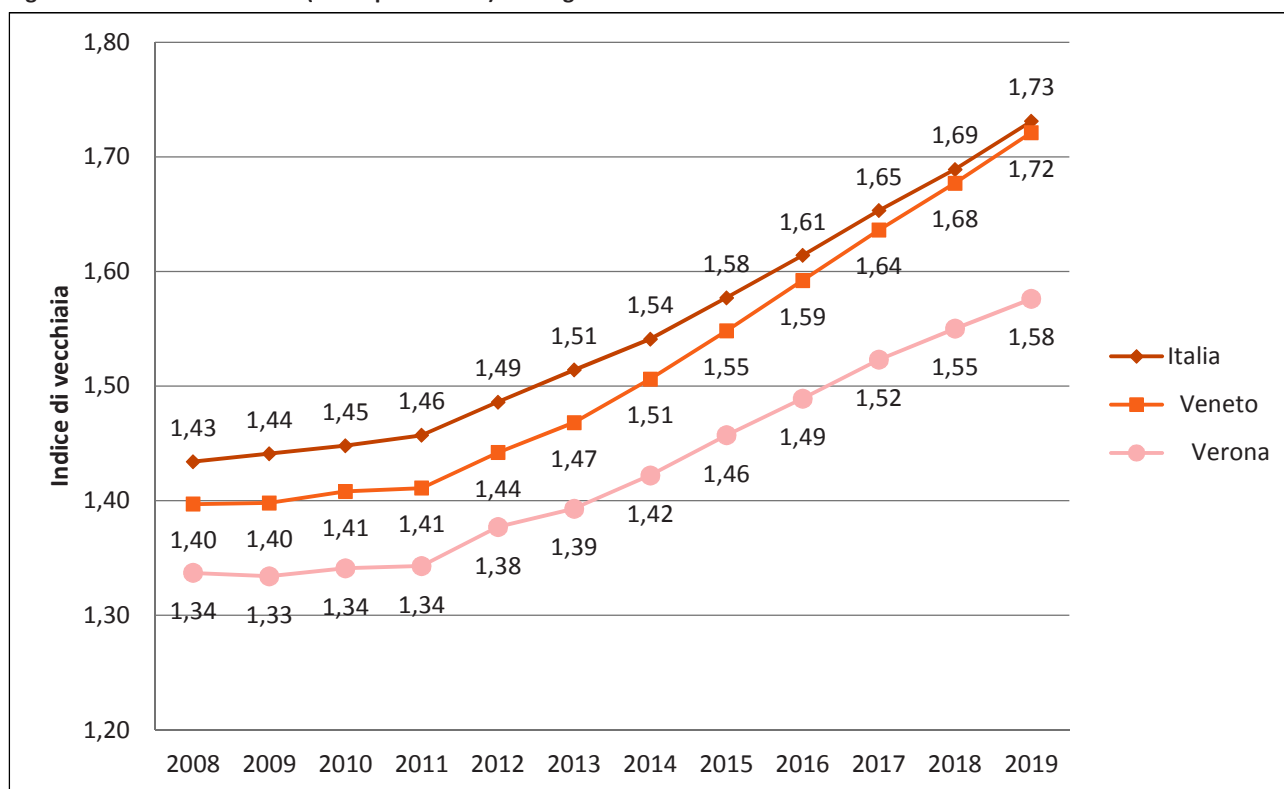
Indice di dipendenza giovanile = (pop 0-14 / pop 15-64)\*100

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

Fonte: Istat (dati.istat.it)

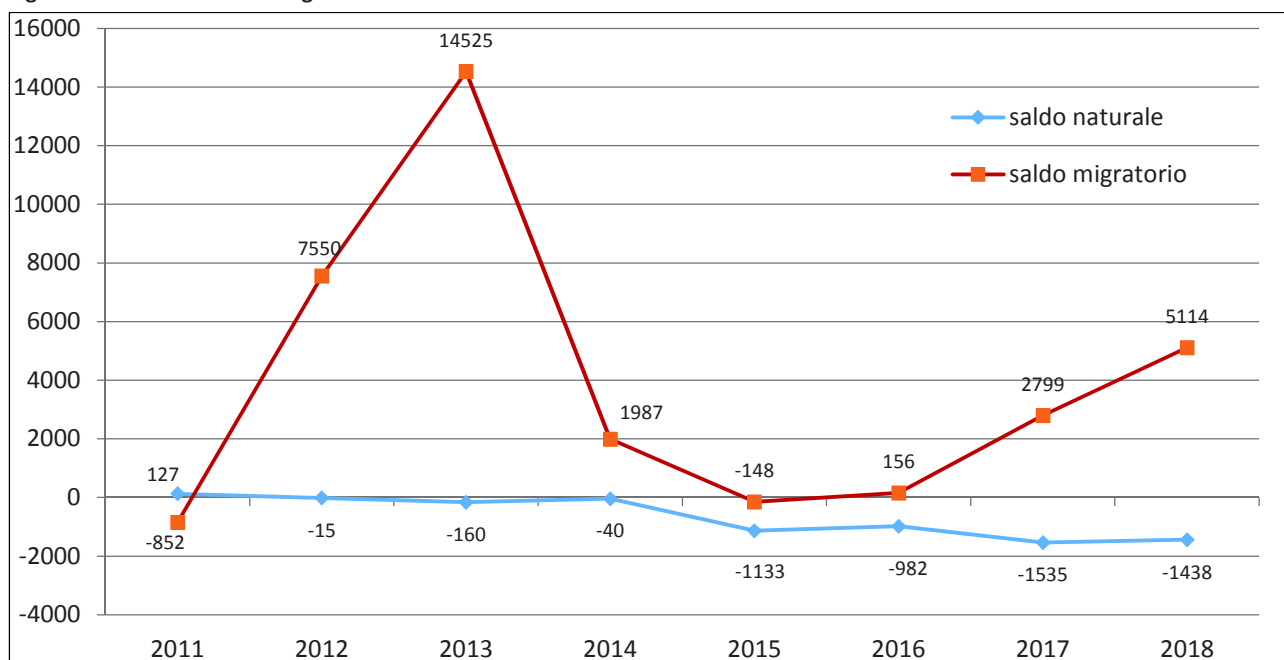
Il Grafico sottostante mostra come l'indice di vecchiaia sia in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente.

Figura 1 - indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio



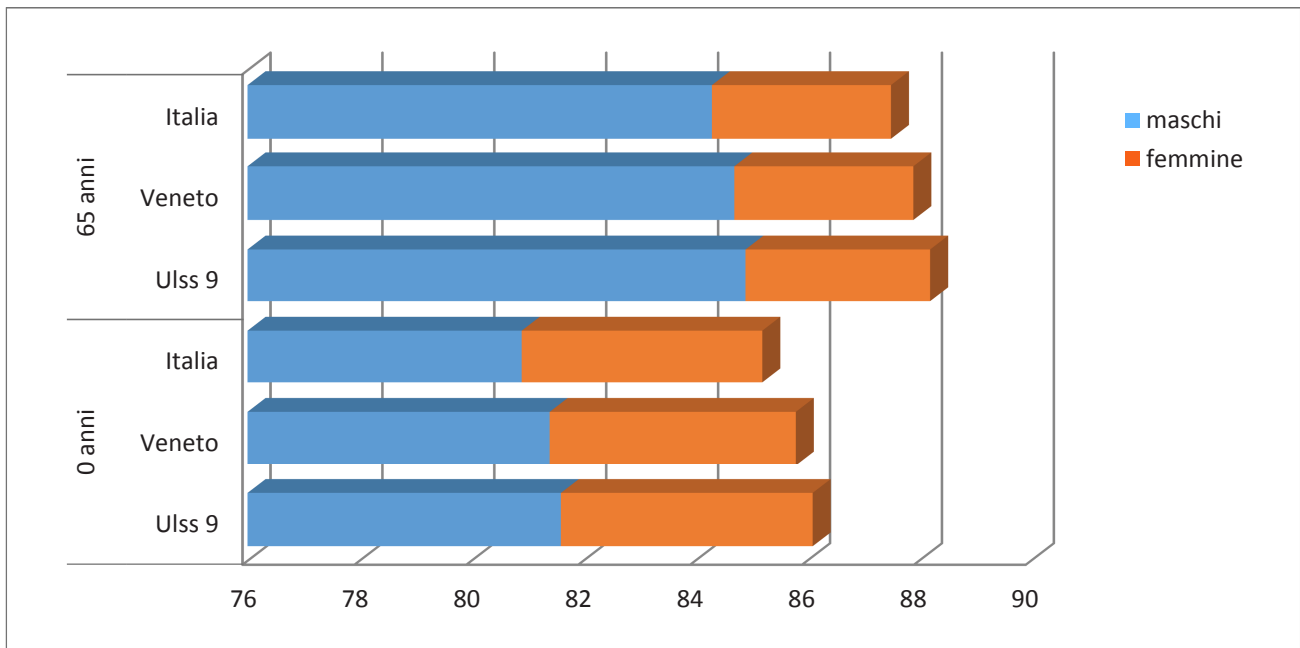
Il Grafico seguente mostra come a fronte di un saldo naturale (differenza tra nati e deceduti) tendenzialmente in diminuzione, il saldo migratorio ha ripreso a crescere ogni anno dal 2016.

Figura 2 – saldo naturale e migratorio



Nella figura sottostante sono riportati i valori della speranza di vita, che rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età indicata o alla generazione dei nati nel caso della Speranza di vita alla nascita. Il grafico mette in evidenza come la Speranza di vita dei nati oggi sia minore rispetto agli attuali 65enni.

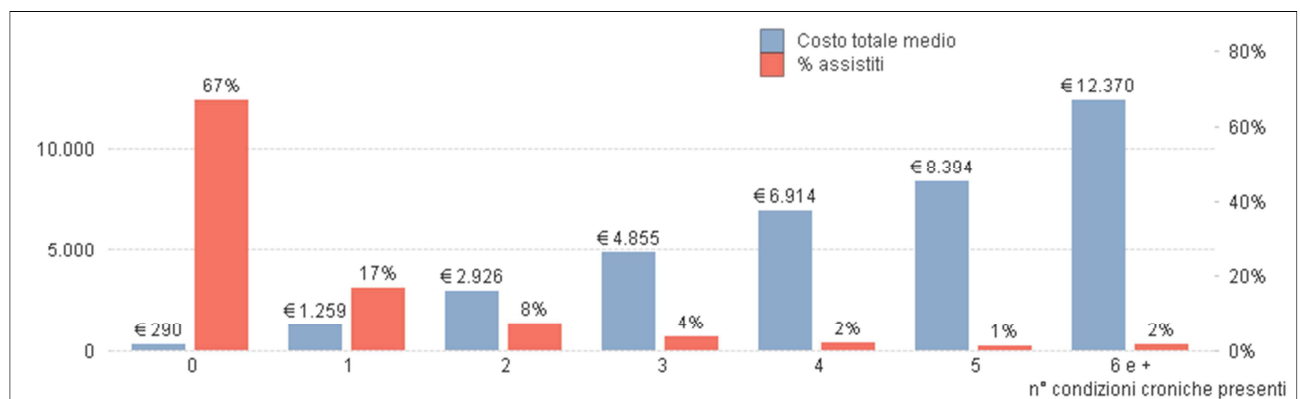
Figura 3 – Speranza di vita alla nascita e 65 anni – anno 2018



### 2.1.2. Lo stato di salute della popolazione e l'analisi dei bisogni

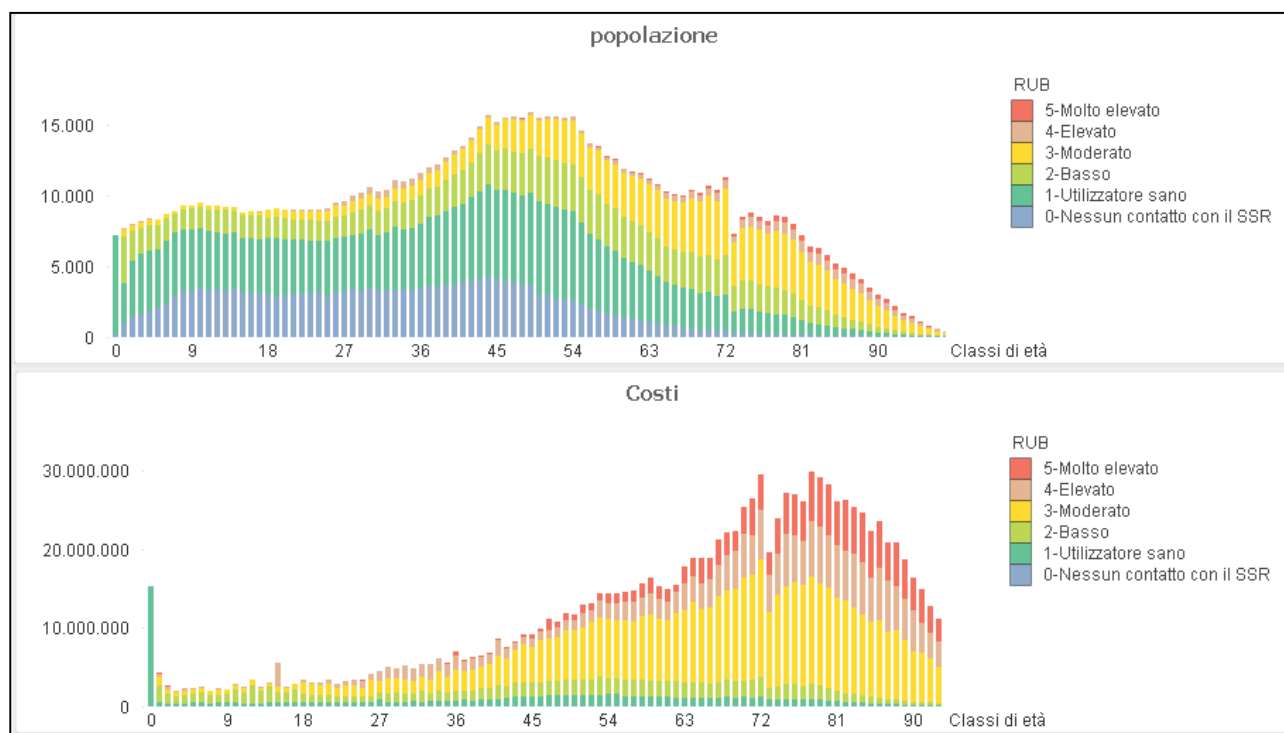
L'azienda è in grado di analizzare le condizioni di salute della popolazione grazie al sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), strumento di misurazione e di analisi delle condizioni di salute, adottato e utilizzato da alcuni anni dalla regione Veneto, in grado di classificare tutta la popolazione per livello di complessità assistenziale con la finalità di identificare i bisogni e conseguentemente strutturare una risposta assistenziale adeguata. Nell'Azienda Ulss 9 il 37% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica, in linea con i dati della Regione del Veneto (Relazione Socio Sanitaria 2019), con costi crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche.

Figura 4 - Percentuale assistiti e costo totale medio per numero di condizioni croniche presenti.



Utilizzando le classi di rischio RUB (Resource Utilization Bands) della popolazione, si evidenzia come il carico di complessità assistenziale sia strettamente legato all'invecchiamento della popolazione.

**Figura 5 - Distribuzione della popolazione generale e dei costi totali per carico di malattia (RUB) e per classi di età. Anno 2018.**  
 Fonte: archivio ACG Azienda ULSS 9 Scaligera



L'utilizzo del sistema ACG nell'azienda ULSS 9 è particolarmente utile per : confrontare il case-mix dei quattro Distretti; identificare assistiti affetti da determinate patologie; creare liste di care management anche 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 3 Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2018**

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
<b>N Assistiti</b>	250.377	239.404	155.517	301.223	947.020
<b>Età media</b>	46,3	43,9	44,9	43,8	44,7
<b>% &gt;=65 anni</b>	25,1%	21,4%	22,9%	20,9%	22,4%
<b>Case-mix (media dei pesi locali)</b>	1,0	1,0	1,1	0,9	1,0
<b>% assistiti con una condizione ospedaliera dominante &gt;=1</b>	6%	5%	5%	5%	5%
<b>% assistiti con condizioni croniche &gt;=3</b>	9%	8%	10%	8%	9%
<b>% assistiti con problemi di salute (ADGs ) maggiori &gt;2</b>	2%	2%	2%	2%	2%
<b>N° medio diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)</b>	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2
<b>N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)</b>	1,9	1,9	2,0	1,9	1,9
<b>N° persone con DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)</b>	13.054	13.033	9.452	14.798	50.347
<b>N° persone con DEMENZA ultra 65 anni (da diagnosi o farmaci)</b>	3.249	3.050	2.058	3.270	11.628
<b>N° persone con SCOMPENSO (solo da diagnosi)</b>	4.118	3.756	2.464	4.263	14.601
<b>N° persone con BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)</b>	1.750	1.709	1.493	2.341	7.293

### 2.1.3. Tassi di accesso ai servizi sanitari

Il Tasso di ospedalizzazione, superiore allo standard del 135 ed alla media regionale, risulta in calo del 2%, principalmente per una riduzione della mobilità verso l'AOUI di Verona, bilanciata con un aumento dei ricoveri effettuati direttamente nel Distretto 4 con l'apertura dell'ospedale di Villafranca.

**Tabella 4 - Tassi di ospedalizzazione**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	509. Scaligera
<b>Tasso Std. N. Dimissioni</b>				
Ricoveri ospedali ULSS	26,88	78,14	29,81	<b>36,37</b>
Ricoveri Istituto privato ULSS	29,3	18,22	65,52	<b>38,71</b>
Mobilità passiva intra regione (pubblico)	71,96	24,73	26,88	<b>50,1</b>
Mobilità passiva intra regione (privato)	0,96	1,62	0,43	<b>0,91</b>
Mobilità passiva extra regione	8,61	13,03	13,74	<b>10,94</b>
<b>Totale</b>	<b>137,71</b>	<b>135,74</b>	<b>136,38</b>	<b>137,03</b>

\*Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale. "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera - Tassi" estratti in data 7/1/2020. Mobilità passiva extraregione pari al dato 2018.

Il tasso di consumo delle prestazioni ambulatoriali, di poco superiore alla media regionale, è in lieve calo nel 2019 (0,6%) nelle branche diverse dal laboratorio. Gli esami di laboratorio invece risultano stabili (con un aumento nei Distretti 1 e 2 ed un calo nel Distretto 4).

**Tabella 5 - Tasso di consumo prestazioni specialistiche ambulatoriali (x1000 abitanti)**

Tasso standardizzato prestazioni	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	509. Scaligera
Esami di laboratorio	9.731	9.521	8.527	9.314
Classe B "breve 10gg"	464	425	566	489
Classe D "Differita" entro 30gg"	789	595	610	701
Classe P "Programmabile" entro 90gg"	2.305	2.133	2.221	2.249
<b>Totale</b>	<b>13.289</b>	<b>12.674</b>	<b>11.924</b>	<b>12.754</b>
di cui da privato accreditato	<b>20,82%</b>	<b>16,18%</b>	<b>35,45%</b>	<b>24,41%</b>

\*Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "Specialistica - Prestazioni - Tassi", cubo "Specialistica - Prestazioni - Tassi" estratti in data 7/1/2020 (il dato non include mobilità passiva extraregionale)

Il tasso di accesso in PS è stimato in lieve aumento (+0,25%) con un calo dei codici verdi e gialli ed un aumento dei codici bianchi (in particolare nel Distretto 3).

**Tabella 6 - Tasso di accesso in PS**

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	509. Scaligera
<b>Triage in uscita</b>				
	<b>Tasso Grezzo accessi in PS x1.000 abitanti</b>			
Bianco	181,66	213,61	186,84	<b>188,66</b>
Verde	159,35	157,33	181,60	<b>166,20</b>
Giallo	23,89	29,47	14,38	<b>21,75</b>
Rosso	2,77	2,49	1,76	<b>2,40</b>
Non indicato	8,54	10,98	1,56	<b>6,69</b>
<b>Totale</b>	<b>376,23</b>	<b>413,88</b>	<b>386,13</b>	<b>385,70</b>

\*Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti il 10/1/2020

### 2.1.4. L'assistenza ospedaliera

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 mono specialistico 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 7 –Posti letto previsti Ospedali dell'ULSS 9

Struttura ospedaliera	Posti letto DGR 2122/2013 e DGRV 353/2018	Posti letto DGR 614/2019
Ospedale di Legnago	365	359
Ospedale di Bovolone	53	70
Ospedale di San Bonifacio	318	290
Ospedale di Villafranca	187	165
Ospedale di Bussolengo	120	125
Ospedale di Malcesine	50	50
Ospedale di Marzana	90	50
<b>Totale posti letto Ospedali Pubblici</b>	<b>1.183</b>	<b>1.109</b>
O.CL. Sacro Cuore – Don Calabria	442	471
C.C. Pederzoli	224	252
C.C. San Francesco	44	44
C.C. Centro Riabilitativo Veronese	49	75
C.C. Villa Garda	69	69
O.CL. Villa Santa Giuliana	89	89
C.C. Villa Santa Chiara	82	82
<b>Totale posti letto Strutture private accreditate</b>	<b>999</b>	<b>1.082</b>
<b>Totale posti letto ULSS 9 Scaligera</b>	<b>2.182</b>	<b>2.191</b>

La dotazione dei posti letto prevista dalla normativa vigente sopra riportata è stata rivista con la DGRV n.614 del 14 maggio 2019 di "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 Ospedaliera 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". Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019".

L'Azienda Ulss 9 in attuazione della sopra citata DGRV ha approvato con Deliberazione del Direttore generale n.609 del 30/09/2019 il "Piano aziendale di attuazione della DGRV 614/2019" ed è in attesa del visto di congruità della Regione Veneto. Il Piano contiene gli obiettivi e le azioni da porre in essere per:

- l'attuazione della programmazione delle strutture ospedaliere dell'Azienda ULSS 9 e delle strutture ospedaliere a gestione privata accreditata;
- l'attuazione della programmazione delle strutture sanitarie di cure intermedie dell'Azienda ULSS 9 e delle strutture sanitarie di cure intermedie a gestione privata accreditata;
- l'attuazione della rete di emergenza urgenza con la dotazione di mezzi medicalizzati e di ambulanze di supporto avanzato delle funzioni vitali con infermiere.

**Tabella 8 - Ricoveri erogati dalle strutture aziendali**

	Strutture Private		Strutture Pubbliche		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
Ospedali Distretti 1 e 2	7.222	€ 34.589.863,79	13.461	€ 46.239.383,79	<b>20.683</b>	<b>€ 80.829.247,58</b>
Ospedali Distretto 3	.	.	14.772	€ 54.600.253,85	<b>14.772</b>	<b>€ 54.600.253,85</b>
Ospedali Distretto 4	52.417	€ 209.319.478,35	11.168	€ 32.245.300,88	<b>63.585</b>	<b>€ 241.564.779,23</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>59.639</b>	<b>€ 243.909.342,14</b>	<b>39.401</b>	<b>€ 133.084.938,52</b>	<b>99.040</b>	<b>€ 376.994.280,66</b>

\* Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera 2017" estratti in data 7/1/2019

Si conferma un'ulteriore diminuzione dei ricoveri sia in numero che in valore; concentrata nelle strutture pubbliche.

**Tabella 9 - Accessi di Pronto Soccorso aziendali**

Triage in uscita	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	29.031	0%	34.794	0%	74.057	0%	<b>137.882</b>	<b>0%</b>
Verde	23.964	18%	23.876	9%	70.678	16%	<b>118.518</b>	<b>15%</b>
Giallo	1.588	89%	4.627	98%	3.946	83%	<b>10.161</b>	<b>91%</b>
Rosso	225	62%	322	79%	425	62%	<b>972</b>	<b>68%</b>
Non indicato	1.593	0%	1.861	0%	69	10%	<b>3.523</b>	<b>0%</b>
<b>Totale</b>	<b>56.401</b>	<b>10%</b>	<b>65.480</b>	<b>11%</b>	<b>149.175</b>	<b>10%</b>	<b>271.056</b>	<b>10%</b>
<i>di cui</i>								
Osservazione Breve Intensiva	6.973	26%	6.911	24%	13.807	28%	<b>27.691</b>	<b>27%</b>

\* Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti il 10/1/2020

Gli accessi in PS sono aumentati nel complesso, ma con una riduzione nel Distretto 3 ed un incremento nel Distretto 4. Il 10% circa degli accessi in PS ha come esito il ricovero. La % di OBI è aumentata dal 24% al 27% (in particolare nel Distretto 4).

### 2.1.5. L'assistenza specialistica

**Tabella 10 - Specialistica erogata dalle strutture aziendali**

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
Distretti Verona Città e Est Veronese	2.517.292	27.564.365	1.099.290	19.458.666	<b>3.616.582</b>	<b>47.023.031</b>
Distretto Pianura Veronese	1.487.787	26.293.697	275.701	1.204.360	<b>1.763.488</b>	<b>27.498.057</b>
Distretto Ovest Veronese	1.609.996	19.047.997	1.664.323	74.697.511	<b>3.274.319</b>	<b>93.745.508</b>
<b>ULSS 9</b>	<b>5.615.075</b>	<b>72.906.058</b>	<b>3.039.314</b>	<b>95.360.538</b>	<b>8.654.389</b>	<b>168.266.595</b>

\* Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "Specialistica", cubo "Specialistica - Prestazioni" estratti in data 7/1/2019

Le prestazioni ambulatoriali sono rimaste costanti in numero ma il valore tariffato è aumentato del 2% in modo particolare nelle strutture private (+3,56%) confermando un trend già registrato nel 2018.

### 2.1.6. L'assistenza distrettuale

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 11 - 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, San Bonifacio	Bovolone	Pederzoli
Hospice		Cologna Veneta		Pederzoli

La programmazione dell'ULSS (DDG 609 del 30 settembre 2019) prevede la seguente dotazione di strutture intermedie.

**Tabella 12 - Programmazione Posti Letto Strutture Sanitarie di Cure Intermedie**

Struttura	Ospedale di Comunità	Hospice	Unità Riabilitativa Territoriale
Ospedale Marzana	12	14	12
Ospedale Bussolengo	24		14
Ospedale Bovolone	24	6	
Centro polifunzionale Valeggio sul Mincio	24		
Centro polifunzionale Isola della Scala	24		
Ospedale San Bonifacio	18		
Centro polifunzionale Caprino Veronese	12		
Ospedale Malcesine	12		
<b>Totale posti letto Strutture Pubbliche</b>	<b>150</b>	<b>20</b>	<b>26</b>
C.C Pederzoli	24	10	24
OCL Sacro Cuore Don Calabria	24	10	20
Fondazione Centro Assistenza Sisto Zerbato	24		
Centro Riabilitativo Veronese			24
IPAB Istituto Assistenza Anziani		14	
IPAB Casa di Riposo Domencio Cardo		7	
<b>Totale posti letto Altre Strutture private/IPAB</b>	<b>72</b>	<b>41</b>	<b>68</b>

### 2.1.7. L'assistenza primaria

**Tabella 13 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati**

PERSONALE CONVENZIONATO	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di medicina generale	153	143	92	184	<b>572</b>
Pediatri libera scelta	25	29	20	39	<b>113</b>
Medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale	33	32	20	38	<b>123</b>
<b>Tot. personale convenzionato</b>	<b>211</b>	<b>204</b>	<b>132</b>	<b>261</b>	<b>808</b>
Specialisti ambulatoriali interni (% ore Specialisti Ambulatoriali)	49%	31%	8%	13%	<b>172</b>

\* Dati al 31/12/2019 - Fonte Direzione Amministrativa Territoriale

### 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.

**Tabella 14 - Assistenza domiciliare integrata**

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	952	37.680	269	3.427	691	56.253	11	370	1.923	97.730
Livello 3	247	8.936	80	1.526	258	14.724	7	130	592	25.316
Livello 2	1.325	43.017	491	11.133	824	34.539	23	559	2.663	89.248
Livello 1	2.032	42.186	1.014	22.560	1.280	42.167	31	501	4.357	107.414
Attività Base 0	4.211	51.672	1.805	21.593	2.977	40.117	60	661	9.053	114.043
Accessi Occasionali	1.375	1.908	1.242	1.834	8.209	13.360	67	95	10.893	17.197
<b>Totale</b>	<b>7.533</b>	<b>185.422</b>	<b>3.297</b>	<b>62.073</b>	<b>12.153</b>	<b>201.254</b>	<b>160</b>	<b>2.316</b>	<b>23.143</b>	<b>451.065</b>

\* Stima 2019 (3 Trimestri 2019+IV Trimestre 2018), estratti da DWH Regionale, "ADI", cubo "ADIV5 - Accessi" - estratti in data 7/1/2019

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

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)

### 2.1.9. L'assistenza residenziale e semiresidenziale

**Tabella 15 - Assistenza territoriale : Strutture socio-sanitarie a gestione diretta e convenzionate**

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

### 2.1.10. Il Dipartimento delle Dipendenze

Dipendono dall'Area delle dipendenze i seguenti servizi:

- Servizi ambulatoriali – SERD.
- Comunità terapeutiche accreditate.
- Strutture residenziali per ludopatici.
- Comunità educative riabilitative: accoglienza di minori certificati da servizi specialistici.
- Cic: Centri di informazione e consulenza nelle scuole secondarie di secondo grado.
- Progetto GAP gioco d'azzardo patologico: finanziamento regionale.
- Borse Lavoro per persone con dipendenza in trattamento presso i SERD.
- Borse Lavoro per persone con dipendenza non in trattamento presso i SERD.
- Contributi acat associazioni di volontariato.

### 2.1.11. Il Dipartimento di Salute Mentale

Dipendono dall'Area della salute mentale i seguenti servizi:

- CSM Centri di Salute Mentale: attività ambulatoriali e territoriali.
- Semiresidenzialità: Centri Diurni per attività riabilitative.
- Interventi domiciliari terapeutico territoriali riabilitativi.
- Residenzialità:
  - I. CTRP Alta Intensità per autori di reato;
  - II. CTRP Comunità terapeutica riabilitativa di tipo A accreditate;
  - III. CTRP Comunità terapeutica riabilitativa di tipo B accreditate;
  - IV. comunità educative riabilitative: accoglienza di minori certificati da servizi specialistici;
  - V. comunità alloggio estensive accreditate;
  - VI. comunità alloggio di base accreditate;
  - VII. GAP Gruppi appartamento protetti accreditati;
  - VIII. RSSP Residenza Socio Sanitaria Psichiatrica accreditate;
  - IX. GAMP Gruppo Appartamenti per Malati Psichiatrici;
  - X. percorsi di residenzialità leggera ed abitare supportato ex DGRV 1673/2018 all. D.

In tabella si evidenziano gli Utenti con almeno un contatto (sia territoriale che di ricovero) nell'anno per gruppo diagnostico (tasso per 10.000 ab. > 17 anni).

Tabella 16 - Tassi di utilizzo Salute Mentale

	509. Scaligera	VENETO
<b>1. Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti</b>	26,7	35,8
<b>2. Disturbi affettivi</b>	33,92	43,21
<b>3. Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi</b>	31,42	38,02
<b>4. Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto</b>	12,71	12,3
<b>9. Altre diagnosi psichiatriche</b>	21,04	20,8
<b>Altre Diagnosi</b>	3,4	8,04
<b>Non Indicato</b>	2,06	2,29

\* Anno 2019, estratti da DWH Regionale, "Psichiatria", "DSM - Ind. Val. - 2. Utenza per Sesso, Età e Diagnosi" in data 22/1/202

### 2.1.12. 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 17 - 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

Nel corso del 2019 vi è stato il raggiungimento a livello aziendale delle soglie minime del 95%, indicate come obiettivo dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 per la copertura a 24 mesi per le vaccinazioni incluse nel vaccino esavalente (antidifterica, antitetanica, anti-pertosica, anti-polio, anti-Hib ed anti-epatite B) e per il vaccino MPR. Il risultato è particolarmente importante visto il dato di partenza (circa il 90-91% nel 2017) e la dotazione di personale in tendenziale calo.

Tabella 18 - Vaccinazioni 2019

INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera
n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	287.982	77.805	131.036	496.823
VACCINAZIONI Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	96,80%	98,80%	91,90%	95,50%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	96,60%	98,40%	93,70%	95,90%

\* Dati 2019, elaborati dal Servizio SIS in data 31/12/2019

<sup>1</sup> Le informazioni relative all'attività di prevenzione sono tratte dal "Rapporto Attività 2018" 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.
- 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 colorettaile: 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 19 - 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, presenti nel Rapporto Attività del Dipartimento di Prevenzione Anno 2018 (<https://prevenzione.aulss9.veneto.it/Relazioni>).

Tabella 20 - Attività Servizio di Medicina Legale

SERVIZIO MEDICINA LEGALE	Indicatori	Anno 2018 ULSS 9 Scaligera
Certificazioni medico legali	n. certificati rilasciati	690
Valutazioni sinistri	n. relazioni effettuate	43
Visite medico collegiali	n. persone visitate	145
Commissione Medica Locale Patenti	n. pratiche istruite	11.305
Legge 210/92	Pratiche istruite	3
Vigilanza	n. interventi	24

**Tabella 21 - Attività SIAN**

<b>SIAN</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Anno 2018 ULSS 9 Scaligera</b>
SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	Pareri ed Accertamenti Alimentari (pareri valutazioni tecniche, registrazione, riconoscimenti)	15.686
	Pareri su Acque	2.984
	Sopralluoghi/Interventi Alimenti	2.949
	Sopralluoghi e vigilanza Acqua potabile, privata e di acquedotto	1.492
	Campionamenti/Prelievi/Analisi alimenti	400
	Campionamenti/Prelievi/Analisi Acque e Vigilanza Arsenico	2.984
	Validazione Menù distribuiti nella Ristorazione scolastica	432
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole	118
	Allerte gestite	135

**Tabella 22 - Attività SPISAL**

<b>SERVIZIO DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO SPISAL</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Anno 2018 ULSS 9 Scaligera</b>
Vigilanza	Sopralluoghi	1.861
	Aziende oggetto di intervento	1.866
	Indagini per infortuni sul lavoro	212
	Indagini per malattie professionali	418
	Verbali redatti con contravvenzioni	512
Valutazioni e pareri	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	46
	Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	1.615
Attività sanitarie	Visite mediche	585
	Ascolto su stress lavoro-correlato	110
Assistenza e promozione della salute	Interventi di informazione e formazione	27
	Produzione e/o diffusione di materiali	10

**Tabella 23 - Attività Servizi Veterinari**

SERVIZI VETERINARI	Indicatori	Anno 2018 ULSS 9 Scaligera
Servizio Veterinario Sanità Animale A	Richieste di intervento da parte degli utenti	6.930
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	5.989
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	1.904
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	14.723
	Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	1.312
Servizio Veterinario Igiene degli alimenti di origine animale B	Ispezione per benessere al macello	51
	N. di controlli ante e post mortem su animali macellati	116.876.462
	N. UGBE (unità giovani bovini equivalenti)	1.148.140,86
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio	581
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	220
	Certificazione export	3.972
	N. allerte gestite	122
	Campionamenti sicurezza alimentare (controlli ufficiali, piani regionali, test BSE)	6.268
	Controlli sanitari richiesti da UVAC	116
	Controlli sanitari richiesti da UVAC	116
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche C	Accertamenti e pareri in favore di privati e di pubbliche amministrazioni	6.325
	Sopralluoghi e pareri su riproduzione animale	67
	Controllo sul benessere animali da reddito	1.826
	Controllo su deposito, vendita, utilizzo del farmaco veterinario	544
	Sorveglianza sui sottoprodotti di origine animale	1.543
	Sorveglianza sulla alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	100
	Controllo igienico-sanitario produzione latte	20
	Controllo igienico-sanitario produzione latte	20
Servizio Veterinario Igiene Urbana Animale	Lotta al randagismo e controllo benessere animale per gli animali d'affezione	15.653
	Controllo popolazioni sinantropiche, controllo animali morsicatori e aggressioni	1.239
	Soccorso animali incidentati su strada, attività di coordinamento ed eventi formativi	37

### 2.1.13. Il personale dipendente

Con DDG 779 del 29/11/2019 l'Azienda ha approvato, in via provvisoria, il piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2020-2021-2022, 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 482668 del 08/11/2019.

Nel piano è stata prevista l'attivazione con ricorso al personale dipendente dei nuovi Ospedali di Comunità di Valeggio, Bovolone, San Bonifacio e Caprino, dell'Hospice di Bovolone già nel corso del 2020 e degli Ospedali di Comunità di Isola della Scala e Malcesine e dell'Hospice di Marzana nel 2021.

Nel piano 2020-2022 si è privilegiato il ricorso ad assunzioni di personale dipendente, nel rispetto dei vincoli finanziari imposti. Con l'entrata in vigore della cd. "Quota 100", che consente di andare in pensione con almeno 38 anni di contributi e un'età anagrafica minima di 62 anni vi è stata infatti una cospicua fuoriuscita di personale che si cercherà di colmare con nuovi reclutamenti auspicando di superare le note difficoltà di reperimento di alcune figure, soprattutto sanitarie.

**Tabella 24 - Personale dipendente in servizio al 31/12/2019**

<b>PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato</b>		<b>Dati al 31 dicembre 2019</b>
Dirigenza medica		<b>835</b>
Dirigenza NON medica		<b>90</b>
Dirigenza professionale		<b>5</b>
Dirigenza tecnica		<b>5</b>
Dirigenza amministrativa		<b>18</b>
Comparto ruolo sanitario		<b>2.814</b>
Comparto ruolo tecnico		<b>1.079</b>
Comparto ruolo amministrativo		<b>616</b>
<b>Totale personale dipendente</b>		<b>5.462</b>

\* Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9

**Tabella 25 - Fabbisogno di personale dipendente espresso in termini di f.t.e. per il triennio come da Piano Triennale di Fabbisogno del Personale.**

			N. DIPENDENTI F.T.E. ANNUI		
			2020	2021	2022
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	890,00	890,00	890,00
	Dirigenza veterinaria	S	81,00	81,00	81,00
	Dirigenza sanitaria	S	97,08	97,08	97,08
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	26,93	26,93	26,93
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.095,01</b>	<b>1.095,01</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.181,55	2.181,55	2.181,55
	Personale tecnico sanitario	S	242,62	242,62	242,62
	Personale della riabilitazione	S	287,37	287,37	287,37
	Personale della prevenzione	S	154,33	154,33	154,33
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	0,00
	OSS/OTAA	T	756,93	756,93	756,93
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	346,72	346,72	346,72
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	567,50	567,50	567,50
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>4.537,02</b>	<b>4.537,02</b>
			<b>5.632,03</b>	<b>5.632,03</b>	<b>5.632,03</b>

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

Si rappresentano di seguito i dati sintetici del Conto Economico consuntivo 2018 relativi sia all'area Sanitaria che all'area Sociale.

Tabella 26 - Conto Economico Consuntivo 2018

		<b>SANITARIO</b>	<b>SOCIALE</b>	<b>TOTALE</b>
<b>A</b>	Valore della produzione	1.714.732.321,01	37.464.022,74	1.752.196.343,75
<b>B</b>	Costi della produzione	1.704.384.941,35	37.522.965,73	1.741.907.907,08
<b>C</b>	Proventi e oneri finanziari	-399.098,56	0	-399.098,56
<b>E</b>	Proventi e oneri straordinari	9.616.717,30	603.205,20	10.219.922,50
<b>Y</b>	Imposte e tasse	19.551.525,20	544.262,21	20.095.787,41
	<b>TOTALE</b>	<b>13.473,20</b>	<b>0,00</b>	<b>13.473,20</b>

L'Azienda Ulss 9 Scaligera ha chiuso la propria gestione economico finanziaria con un risultato in pareggio dell'esercizio, 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

Macrovoce economiche		2018	pro-capite 2018	
<b>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>				
10.100	Igiene e sanità pubblica	2.951	€	3,19
10.200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	3.456	€	3,75
10.300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	5.736	€	6,22
10.400	Sanità pubblica veterinaria	15.063	€	16,32
10.500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	22.310	€	24,18
10.600	Servizio medico legale	3.663	€	3,97
<b>19.999</b>	<b>Totale</b>	<b>53.179</b>	<b>€</b>	<b>57,63</b>
<b>Assistenza distrettuale</b>				
20.100	Guardia medica	7.631	€	8,27
20.200	Medicina generale	98.204	€	106,42
20.300	Emergenza sanitaria territoriale	13.967	€	15,14
20.400	Assistenza farmaceutica	248.036	€	268,78
20.500	Assistenza Integrativa	11.948	€	12,95
20.600	Assistenza specialistica	283.748	€	307,48
20.700	Assistenza Protesica	21.263	€	23,04
20.800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	67.506	€	73,15
20.900	Assistenza territoriale semiresidenziale	28.517	€	30,90
21.000	Assistenza territoriale residenziale	131.677	€	142,69
21.100	Assistenza Idrotermale	1.611	€	1,75
<b>29.999</b>	<b>Totale</b>	<b>914.108</b>	<b>€</b>	<b>990,56</b>
<b>Assistenza ospedaliera</b>				
30.100	Attività di pronto soccorso	30.623	€	33,18
30.200	Ass. ospedaliera per acuti	635.466	€	688,61
30.300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	€	-
30.400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	16.397	€	17,77
30.500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	59.327	€	64,29
30.600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	4.807	€	5,21
30.700	Trapianto organi e tessuti	9.806	€	10,63
<b>39.999</b>	<b>Totale</b>	<b>756.426</b>	<b>€</b>	<b>819,69</b>
<b>49.999</b>	<b>TOTALE</b>	<b>1.723.713</b>	<b>€</b>	<b>1.867,87</b>

Il totale dei costi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza cresce nel 2018 dell'1,3% per un totale di 21,3 ML di € di cui 17,7 milioni sull'assistenza distrettuale (+2%) e 13,4 milioni sull'assistenza ospedaliera (+1,9%). In calo invece il livello della Prevenzione (-2,1%) che viene a pesare sul totale per un 2,43%.

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 2019**

			$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times\ importo\ dovuto]$	/	$\Sigma$ importi pagati nel periodo di riferimento
<b>indicatore primo trimestre</b>	<b>-6,81</b>	=	-1.439.187.879,84	/	211.398.190,22
<b>indicatore secondo trimestre</b>	<b>-12,86</b>	=	-2.907.826.975,72	/	226.108.034,87
<b>indicatore terzo trimestre</b>	<b>-15,55</b>	=	-3.755.695.342,54	/	241.589.579,20
<b>indicatore quarto trimestre</b>		=		/	
<b>INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO</b>	<b>-11,93</b>	=	<b>-8.102.710.198,10</b>	/	<b>679.095.804,29</b>

\* Estrazione da sito Amministrazione trasparente (Pagamenti dell'amministrazione/Indicatore di tempestività dei pagamenti/Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti in data 7/1/2020

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

La situazione è migliorata sensibilmente nel corso dell'ultimo biennio, anche se non risulta integralmente smaltito il debito scaduto.

## 2.2. La normativa di riferimento

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**

- **DGR n. 1494 del 15/10/2019** "Azioni regionali conseguenti alla relazione finale trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità avente ad oggetto "Valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio - Contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto"
- **DGRV n. 1437 del 01/10/2019** "Approvazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere area salute mentale relativi ai piani di massima delle Aziende Ulss. DGR 1673 del 12 novembre 2018."
- **DGRV n. 476 del 23/04/2019** "Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate"
- **DGRV n.614 del 14/3/2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSSS, 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."
- **DM del 12 marzo 2019** "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"
- **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. 1673 del 12/11/2018** "Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018."
- **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. 353 del 21/03/2018** "Modifica delle schede di dotazione ospedaliera degli Ospedali di Bussoleto, 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. 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)."
- **DGR n. 1364 del 22/8/2017** "Parziale modifica della DGR n. 851 del 13.06.2017 "Approvazione Il livello del Protocollo di screening della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche e del Trattamento di Soggetti Con Alte Concentrazioni di PFAS"
- **DGRV n. 1075 del 13/7/2017** "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS."
- **DGRV n. 851 del 13/6/2017** "Approvazione Il livello del "Protocollo di screening della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche" e del "Trattamento di Soggetti Con Alte Concentrazioni di PFAS";
- **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. 2133 del 23/12/2016** "Approvazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche" e del "Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto";
- **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";
- 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)."

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

- **DGRV 2027 del 30/12/2019** "Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per l'assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali. Anno 2019"
- **DGRV n. 1759 del 29/11/2019** "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - Anno 2019. Art. 5, co. 1 della L.R. 18/12/2009, n. 30. D.G.R. n. 126/CR del 12 novembre 2019."
- **L.R. n.42 del 18/10/2019** "Seconda variazione generale al bilancio di previsione 2019-2021 della Regione del Veneto." Nel Comma 4, art.1 della che prevede l'abrogazione dell'art.19 della legge regionale 14 dicembre 2018, n.43 con effetto dall'inizio dell'esercizio finanziario 2020. Ciò comporta l'applicazione dei Lea nazionali in materia di salute mentale nella percentuale di 60% a carico del bilancio sociale e del 40% a carico del bilancio sanitario
- **DM 24 maggio 2019** Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **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. 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;

### **Limiti di costo ed altre disposizioni relative ai costi**

- **DDR Area Sanità e Sociale n. 127 del 07.11.2019** “Limiti di costo degli Enti del SSR – Modifica delle disposizioni”;
- **DDR Area Sanità e Sociale 109 del 15.10.2019** per la determinazione dei limiti di costo del personale
- **DDR 43/2019** che specifica il tetto di spesa per i Medici SAI

### **Programmazione Privati Accreditati**

- **DGR 2258/2018** “Assegnazione Budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, accreditati, per il triennio 2017-2019 ed ulteriori disposizioni.”
- **DGR n. 2166 del 29/12/2017:** “Assegnazione di budget per il triennio 2018-2019-2020 per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori esclusivamente ambulatoriali nei confronti degli utenti residenti nella Regione Veneto e, a parziale modifica della DGR n. 597/2017, ulteriori disposizioni nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati”;
- **DGR 2212/2016:** “Attuazione DGR 247/2016: Budgettazione per un anno alle Aziende ULSS per pagamento LEA Tossi/alcol dipendenti. Sperimentazione con decorrenza dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017”;
- **DGR 597/2017** “Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D. Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3”;
- **DGR n. 740 del 14/5/ 2015** “Nuova programmazione e modalità di determinazione delle rette tipo per i Centri diurni per persone con disabilità (DGR 6/CR del 10 febbraio 2015).

### **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**

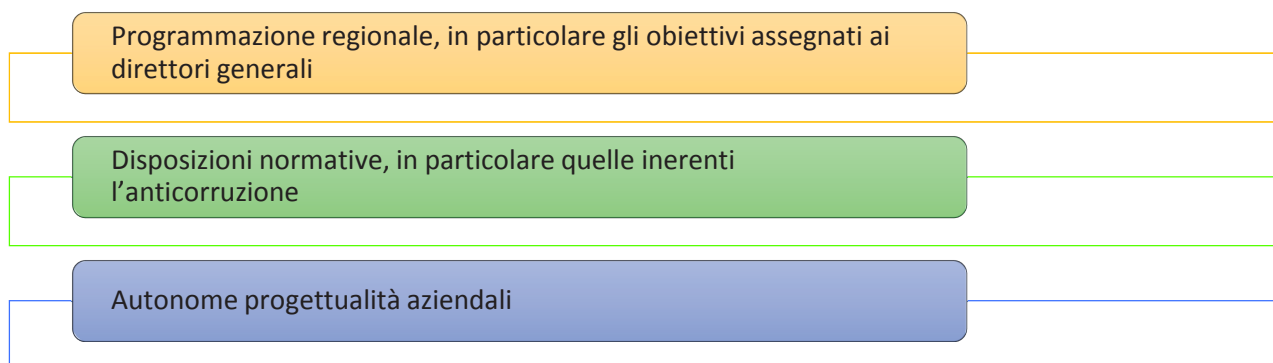
- Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali – Scuola Superiore sant'Anna di Pisa (<http://performance.sssup.it/netval/start.php>);
- Programma nazionale valutazione esiti AGENAS (<https://pne.agenas.it/>);
- Adjust Clinical Group (<https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/case-mix-territoriale-e-multimorbilit/case-mix-territoriale-e-multimorbilit>);

### 3. LE LINEE PROGRAMMATICHE

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 2020”, con l’indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa “Capofila”.

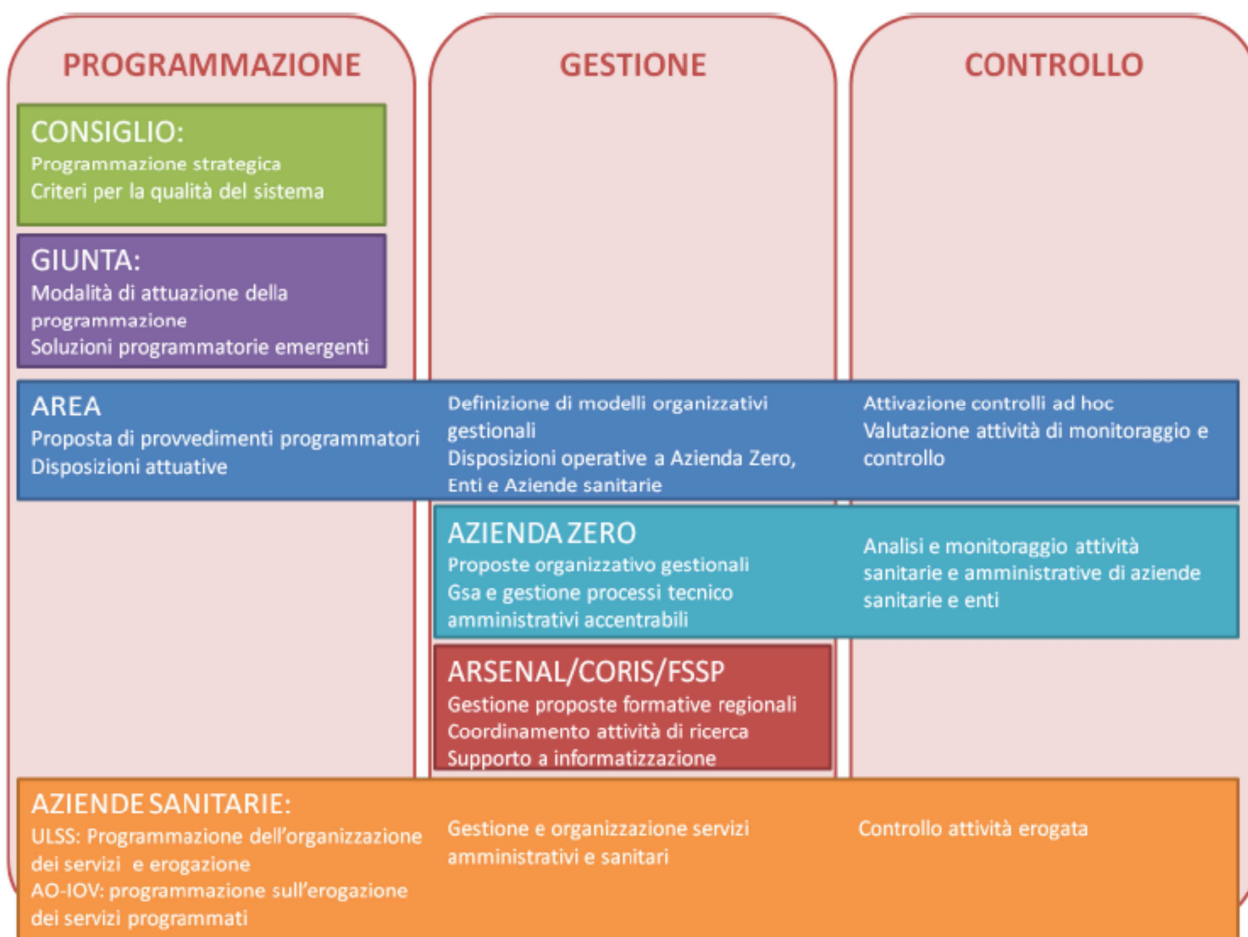
### 3.1. Obiettivi da programmazione regionale

Il Piano Socio Sanitario 2019-2023 dedica un capitolo al sistema di valutazione delle performance ed agli obiettivi assegnati ai Direttori generali. 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.”*

Figura 6 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



#### 3.1.1. Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

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. Nel corso del 2020 sarà emanata apposita delibera di assegnazione degli obiettivi per l’anno in corso, dopo la quale l’ULSS provvederà ad aggiornare il proprio Piano Performance, ma ai fini del presente documento si può assumere che vi sarà continuità nelle linee programmatiche regionali e quindi considerare ancora vigenti gli obiettivi 2019.

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

### 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.

### 3.1.2. Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale

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. 207398 del 27 dicembre 2019 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2019, intende 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 consigliere

Tali indirizzi sono sostanzialmente immutati dal 2017, e pertanto consentono di ritenere confermata nel prossimo triennio la programmazione.

## 3.2. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2020-2022

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 2020 sono i seguenti:

#### 1) Anticorruzione:

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 2019, nell'anno 2020 è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Nell'anno 2020 sono previsti corsi di formazione per lo studio dei rischi relativi ad alcuni 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 nel 2019 ha analizzato nuovamente (dopo l'esperienza del 2017) tramite l'indagine promossa dal Network Sant'Anna, 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, da cui derivano le principali progettualità ed attività richieste dagli accordi tra ULSS e Comuni.

### 3.4. Le linee programmatiche

Le linee programmatiche attraverso cui si integrano gli obiettivi strategici aziendali identificano 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici che l'azienda deve perseguire.

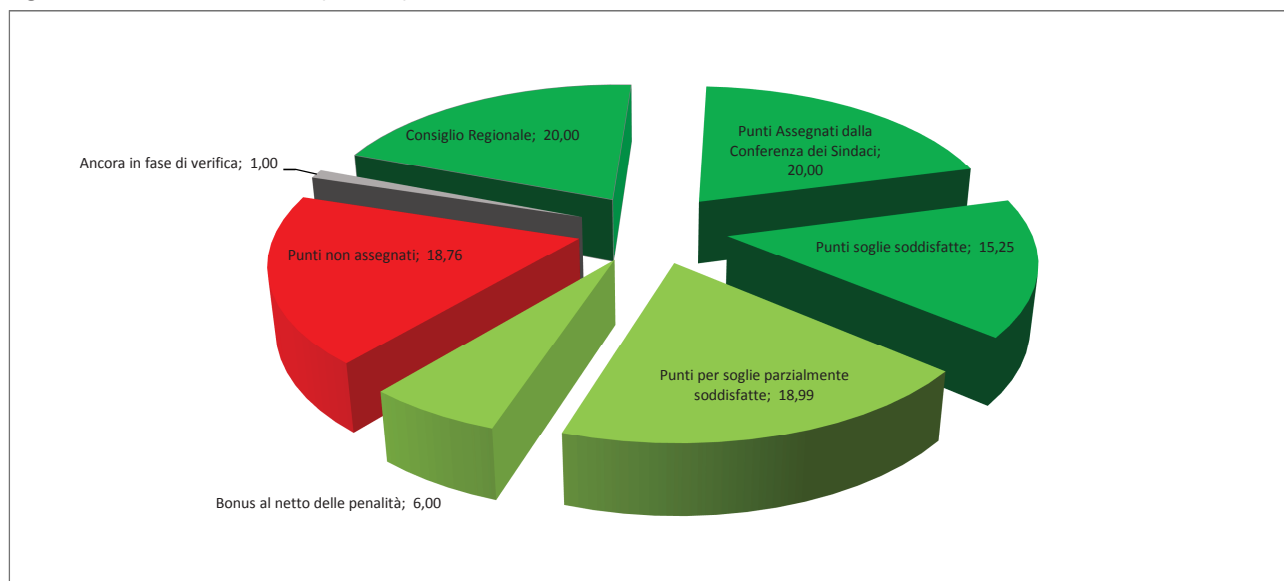
**Tabella 29 - Aree strategiche e Macro-obiettivi**

<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
Macro-obiettivo 1.8	Gestione del Rischio Clinico
<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
<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
Macro-obiettivo 4.4	Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza

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.

La relazione sulla performance 2018 riporta gli ultimi dati disponibili ad oggi in merito al raggiungimento degli obiettivi ex DGR 230/2018, cui si è aggiunta la valutazione della V Commissione Consigliare, che ha riconosciuto un punteggio pieno alla ULSS 9.

Figura 7 - Valutazione obiettivi (stimata) obiettivi 2018



Come riportato nella relazione alla performance 2018 (DDG 366 del 20 giugno 2019) gli obiettivi con valore soglia non raggiunti che pesano maggiormente sono quelli relativi ai tetti della spesa farmaceutica ad acquisto diretto, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa, ai tempi di attesa per gli interventi, il saldo di mobilità extraregionale ed i tassi di consumo di prestazioni specialistiche. Si rileva nella relazione il generale miglioramento degli indicatori relativi alla prevenzione, ancorché insufficiente a raggiungere le soglie regionali, e la buona performance registrata con riferimento all'assistenza domiciliare ed agli indicatori del PNE.

Per l'anno 2019 da poco concluso, si dispone dell'ultimo monitoraggio regionale (dicembre 2019) presentato in occasione dell'incontro del 28 novembre 2019.

Da segnalare il raggiungimento stimato per le soglie di soddisfazione relative alle vaccinazioni, che sono sempre risultate critiche fino ad oggi. Risulta inoltre migliorato e tendenzialmente soddisfatto l'insieme degli indicatori relativi all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Sul rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici si rileva un miglioramento.

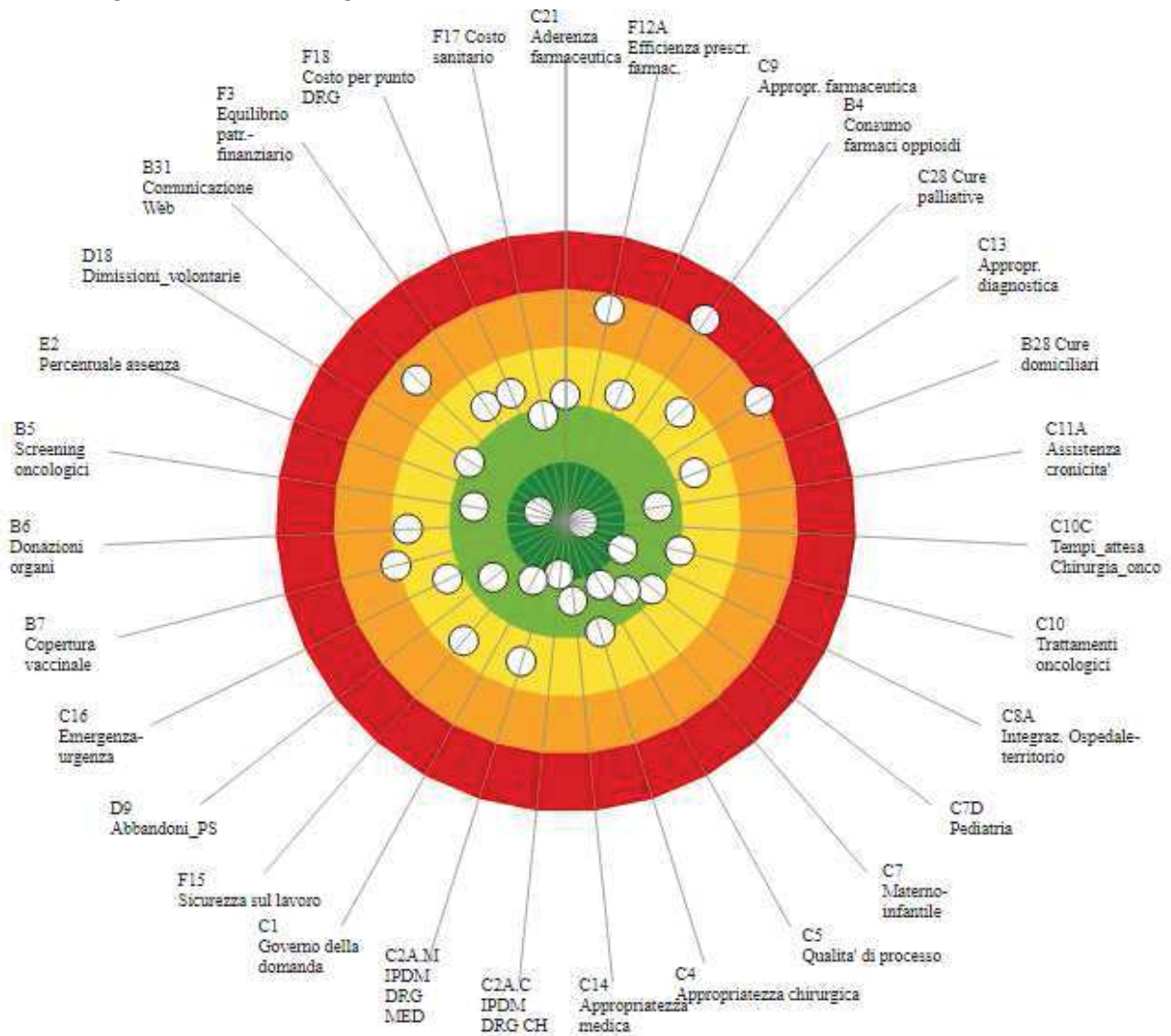
Trovano invece conferma le criticità relative al rispetto dei tetti sull'acquisto di farmaci, assistenza protesica ed integrativa, cui si affianca la stima di un mancato raggiungimento del tetto per la farmaceutica territoriale convenzionata. Confermate anche le criticità sui tempi di permanenza in Pronto Soccorso, sul saldo di mobilità (sia intra che extraregionale) e sul consumo di prestazioni specialistiche (per il quale nel 2019 rilevano solo le Risonanze Magnetiche, molto superiori agli standard nell'ULSS 9). Parzialmente soddisfacenti anche alcuni indicatori relativi alle Cure Palliative.

Tra gli indicatori del PNE, che risultano nel complesso in lieve miglioramento, è stato rilevato un problema specifico nel rispetto della percentuale di fratture del femore operate entro le 48 ore.

Infine sono stati indicati ulteriori ambiti che richiedono miglioramento, in particolare la riduzione del debito scaduto, che non è ancora soddisfacente, e la gestione degli aspetti amministrativi-informativi collegati al Risk management.

Per completezza del quadro delle analisi di posizionamento strategico dell'azienda si riporta 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 sulle principali direttrici scelte dal progetto.

Figura 8 - Bersaglio Azienda ULSS 9 Scaligera - 2018



L'analisi mostra una buona performance comparata dell'azienda con poche aree critiche, di cui la maggior parte coincidenti con le problematiche già oggetto di specifici obiettivi regionali. Da verificare ed approfondire la performance relativa alla Comunicazione Web, dimensione di recente introduzione, e che non sembra ottimale.

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**

Le percentuali di copertura delle vaccinazioni infantili e delle altre vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nazionale risultano essere cresciute sensibilmente nel corso del 2019 (in particolare le vaccinazioni esavalente ed MPR, oggetto di specifico obiettivo regionale/nazionale e le vaccinazioni HPV ed Herpes Zoster). Per la prima volta nel 2019 sono state raggiunte le soglie del 95% di copertura previste per esavalente ed MPR. Questo risultato è stato possibile sia aumentando le ore di sedute vaccinali, attivando strumenti di segnalazione ai Pediatri dei bambini che non risultano vaccinati nei tempi previsti e grazie a campagne informative mirate alla popolazione, attivando tutti i canali di comunicazione, anche social, a disposizione.

Nel corso del 2020 si prevede di mantenere elevato il livello dell'offerta per i cicli vaccinali obbligatori e facoltativi con previsione di costi in crescita per l'acquisto di vaccini.

In merito allo screening mammografico la fascia d'età della popolazione target è stata estesa alle donne dai 70 ai 75 anni. L'obiettivo resta quella di mantenere sopra le soglie standard il tasso di adesione corretto.

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

Proseguiranno anche nel 2020 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.

Nel luglio 2019, l'ISS ha elaborato la "Relazione finale : valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio - contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto", cui la Regione Veneto ha fatto seguire la DGR n. 1494 del 15/10/2019 "Azioni regionali conseguenti alla relazione finale trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità [...]"

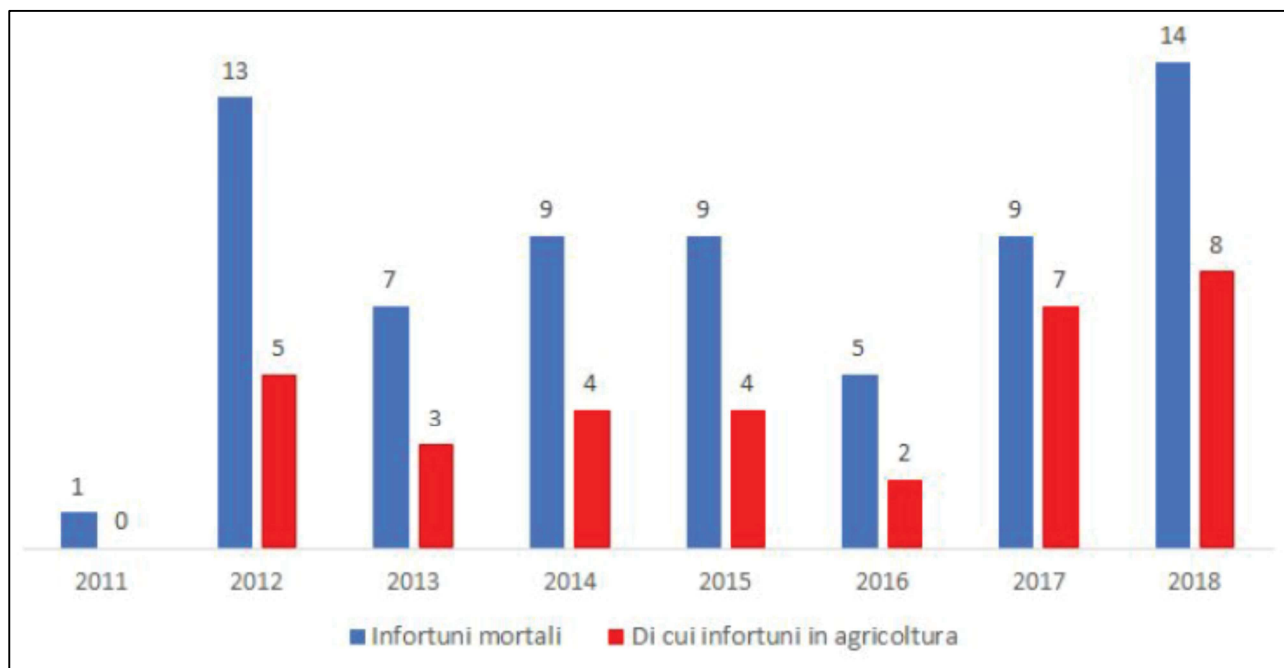
L'Azienda ULSS 9 Scaligera dovrà proseguire e potenziare le attività tese a garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalle DGRV n. 2133 del 23/12/2016 e DGRV 851 del 13/06/2017 e successive. In particolare, 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 1.1 – Prevenzione: Sicurezza sui luoghi di lavoro**

A livello ministeriale storicamente è stato considerato indicativo della soddisfazione del relativo LEA la "Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare", con una soglia di eccellenza pari al 5%, parametro rispetto a quale l'ULSS 9 non ha registrato criticità (ultimo dato 2017 pari a 5,7%). Nel nuovo sistema di garanzia (DM 12 marzo 2019) che è operativo dal 1 gennaio 2020, viene invece istituito un insieme di indicatori per il monitoraggio delle attività di controllo e sorveglianza, che terrà conto della numerosità di infortuni denunciati. In coerenza con questo la Regione Veneto negli obiettivi 2019 ha previsto la diminuzione della percentuale di infortuni gravi o mortali sul totale dei lavoratori impiegati.

Nel 2018 nella nostra provincia si è registrato un notevole incremento degli infortuni mortali sul lavoro passati da 9 nel 2017 a 14 nel 2018, esclusi quelli stradali ed in itinere, e da recenti fonti di stampa che riportano dati INAIL tale dinamica sembra peggiorata nel corso del 2019.

**Figura 9 - Infortuni mortali nella provincia di Verona, di cui infortuni mortali in agricoltura: anni 2011-2018 [Fonte: Rapporto Attività 2018]**



La Regione Veneto a fronte dell'incremento del numero di infortuni sul lavoro con esito mortale registrato nel primo semestre del 2018, ha ritenuto imperativo adottare un piano straordinario di intervento "Piano strategico per il consolidamento e il miglioramento delle attività a tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori 2018-2020", che prevede tra le azioni prioritarie per garantire l'aumento ed il miglioramento dell'attività di ha previsto l'incremento della dotazione organica, a tempo indeterminato dei Servizi SPISAL.

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Anagrafi Animali**

Per quanto riguarda l'Area Veterinaria, come da impronta ministeriale (DM 12 marzo 2019), anche la Regione ha assegnato obiettivi per la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino. In particolare a livello nazionale verrà misurato un indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:

- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,
- il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,
- il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Sicurezza Alimentare**

Il Ministero monitora le attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale, come anche le fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.

#### **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 di sviluppo delle Cure Primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo (ex ACN della medicina generale del 23/3/2005 e smi) per il triennio 2018-2020.

Al suddetto piano è stato allegato un cronoprogramma ed è stata declinata l'evoluzione delle forme associative, i rispettivi obiettivi e indicatori collegati ai patti aziendali e relativa incentivazione e modalità di corresponsione della stessa.

Con la DGR n. 476/2019 la Regione Veneto ha approvato i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie e sono stati definiti i livelli desiderati di associazione tra i medici, disponendo risorse dedicate all'implementazione delle progettualità pianificate.

La stima dei costi finanziabili ai fini dell'attuazione dei Piani di sviluppo delle Cure Primarie per il biennio 2019-2020 per l'Azienda ULSS 9 è pari a €2.348.450,63 (Allegato B) esclusi i costi relativi alle Medicine di Gruppo Integrate.

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 nell'anno 2019 a contare 9 Medicine di Gruppo Integrate con 86 medici che vi operano.

L'obiettivo del piano è di incrementare la percentuale dei MMG di ciascun distretto che opererà in Medicina di gruppo (fino al 48% dei MMG) e in Medicine di Rete (fino al 26%).

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

Con la DGR 1075/2015 è stato rivisto il modello organizzativo delle Cure Domiciliari. In particolare la nuova organizzazione prevede che il servizio sia garantito 7 giorni su 7 dalle ore 7,00 alle ore 21,00 sia come programmazione degli accessi che come ricezione delle richieste. Pertanto nel corso del 2020 è prevista una riorganizzazione del servizio ADI per garantire gli standard richiesti. Inoltre per il Distretto 4 è prevista la re-internalizzazione dell'assistenza infermieristica con riduzione dei costi di acquisto di prestazioni a fronte dell'assunzione di personale dipendente.

L'ambito assistenziale delle Cure Palliative presenta qualche criticità su alcuni indicatori rispetto agli standard richiesti. In particolare il numero di malati oncologici deceduti in ospedale (e non a domicilio o hospice) è troppo alto, come il numero di ricoveri in Hospice con degenza inferiore ai 7 giorni. Questi scostamenti segnalano la necessità di una integrazione delle risorse umane attualmente dedicate: medico palliativista e infermiere.

Di seguito si riportano gli ultimi dati disponibili (monitoraggio al 28 novembre 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 del tutto coerente con gli standard previsti.

Tabella 30 - Indicatori Cure palliative (monitoraggio regionale 28 novembre 2019)

		Valore 2018	Soglia 2019	Soglia adempienza parziale	Ultimo monitoraggio 2019
DGR 248/2019 D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	42%	≥ 55%	≥ 35%	38,2%
DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	35% (-2,4%)	≤ 20%	n.d.	33,6%
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%	≥ 5%	≥ 2,5%	6,3%
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%	≤ 35%	30%
DGR 248/2019 D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	44%	diminuzione	n.d.	34,1% (-23%)

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 2020 proseguirà l'implementazione del "Piano di attivazione delle strutture di ricovero intermedie" (Ospedali di Comunità, Hospice, URT) previsto dalla DGRV 1714 del 24/10/2017. L'azienda Ulss 9 alla fine del triennio 2017-2019 conta complessivamente 62 posti letto di Ospedale di Comunità e 31 posti letto di Hospice in parte a gestione diretta. Sono in fase di attivazione:

- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell'ex Ospedale di Valeggio sul Mincio ,
- 12 posti letto di Ospedale di Comunità nell' Ospedale di San Bonifacio

Rimangono da attivare:

- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell' Ospedale di Bussolengo ;
- 24 posti letto di Ospedale di Comunità nell' ex Ospedale di Caprino
- 7 posti letto di Hospice nell'Ospedale di Bovolone.

### 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.

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

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo	Villafranca
Percentuale parti cesarei primari (Indicatore 18.1 Griglia LEA)	17,36%	< 20%	15,89%	10,80%	n.a.	15,43%
Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti non a rischio in regime ordinario (Indicatore 16 Griglia LEA)	15,87%	< 21%	12,55%	10,63%	4,18%	18,55%
% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.4)	4,61%	< 2%	4,06%	3,05%	1,38%	3,53%
% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	15,38%	< 15%	17,62%	3,27%	2,86%	2,66%
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)	72,18%	> 80%	73,00%	62,39%	n.a.	43,26%
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (Codice Indicatore S.Anna C4.1.1)	15,88%	< 20%	15,54%	13,75%	16,67%	22,89%
Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (Indicatore S.Anna D18)	0,67%	< 0,35%	0,57%	1,20%	3,08%	1,45%
Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	20,49%	< 20%	6,30%	20,49%	3,08%	n.a.
% Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg)	1,19%	< 5%	0,00%	0,95%	n.a.	0,84%

\* Stima 2019 (10 mesi 2019+ultimi 2 mesi 2020), estratti da DWH Regionale, "indicatori DG" in data 8/1/2020

Sopra soglia e peggio della media regionale

Sopra soglia ma meglio della media regionale

Entro Soglia

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

Tabella 32 – Indicatori PNE Treemap

		05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO
Sistema Cardiocircolatorio	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	5,1	6,6	9,9	12,3	19,4	
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	66,1	75,3	65,8	26,9	2,8	
	Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni	6,7	18,8	6,2	10,9	5,6	3,8
	Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,7	0,0	0,0			
Sistema Nervoso	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	1,9	6,5	7,6	15,6	3,8	14,3
Sistema Respiratorio	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	5,7	7,0	9,2	11,6	12,1	3,4
Chirurgia Generale	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	88,1	93,5	87,7	91,5	86,4	
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol > 90 casi	96,3	99,3	99,0	100,0	100,0	
Chirurgia Oncologica	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,0	2,0	0,0	0,0		
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	4,0	4,8	7,0	5,1	0,0	4,8
	Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	15,4	12,3	12,9	17,1	10,7	
	Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol > 135 casi	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
Gravidanza e Parto	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,1	18,7	15,8	10,6	16,6	
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,8	0,6	0,3	1,7	0,0	0,6
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,9	0,0	0,7	1,2	1,0	0,0
Sistema Muscolare	Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	66,3	68,4	75,0	63,5	33,3	

\* Stima 2019, estratti da DWH Regionale, "indicatori DG", "Report Indicatori Treemap"

Periodo di riferimento: 01/11/2018 - 31/10/2019. Dati elaborati il 08/01/2020. Archivio disponibile al 01/12/2019

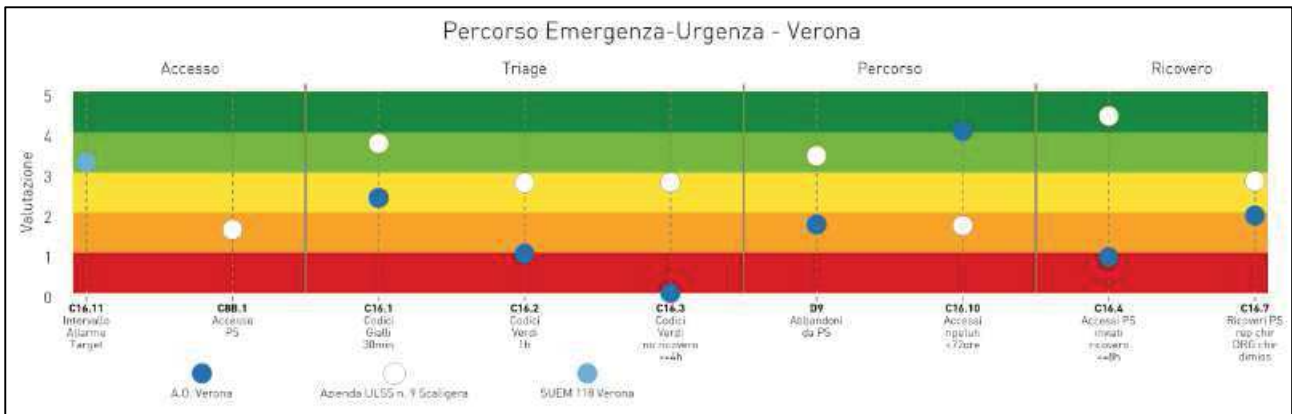
Standard di qualità:
ALTO
MEDIO ALTO
MEDIO
MEDIO BASSO
BASSO
Basso numero di casi a denominatore

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

La Regione Veneto ha approvato con DGR 1888/2015 gli "Indirizzi tecnico-operativi per il triage di Pronto Soccorso" stabilendo numerosi standard di assistenza. Recentemente la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera ad una revisione del sistema dei codici triage (DM 28 maggio 2019), stabilendo un tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento nei codici bianchi pari a 4 ore (240 minuti).

Nell'ultima rilevazione di benchmark del Network Sant'Anna, il posizionamento dell'ULSS 9 rispetto al percorso Emergenza-Urgenza mostra un medio rispetto degli standard con una buona performance in termini di pazienti ricoverati tempestivamente (indicatore C.16.4) ed un basso livello di abbandoni (D9), ma con situazioni non ottimali per il tasso di accesso (C8B.1) e per il numero di accessi ripetuti nelle 72 ore (C16.10). Interessante il confronto con l'AOUI di Verona.

Figura 10 - Indicatori Percorso Emergenza-Urgenza 2018 Verona (Fonte: <http://performance.sssup.it>)



Non si evidenziano situazioni "rosse", ma la performance per quanto riguarda i tempi di permanenza è solo media (indicatori C16.1-3). Questo aspetto è confermato dal fatto dallo 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.

Tabella 33 - Indicatori Pronto Soccorso

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo	Villafranca
90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso	05:13:00	< 4:00:00	5:56:00	4:31:00	2:58:00	4:34:00

\* Stima 2019 (10 mesi 2019+ultimi 2 mesi 2020), estratti da DWH Regionale, "indicatori DG" in data 8/1/2020

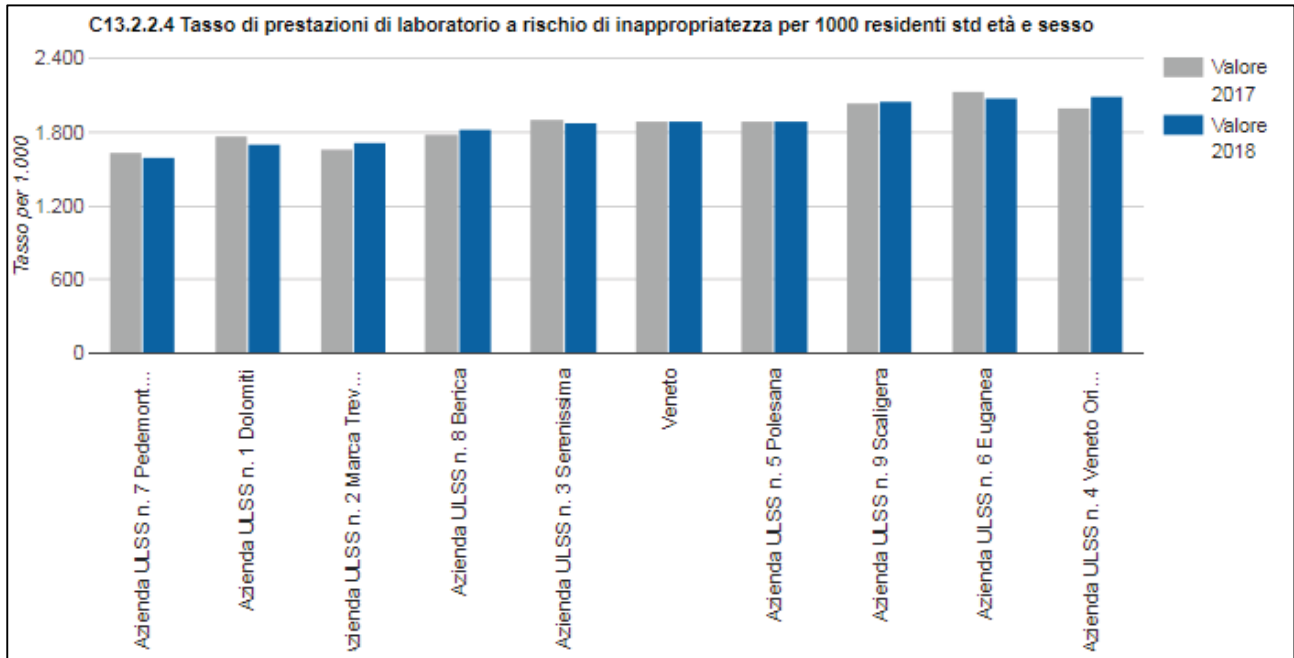
- Sopra soglia e peggio della media regionale
- Sopra soglia ma meglio della media regionale
- Entro Soglia

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.

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

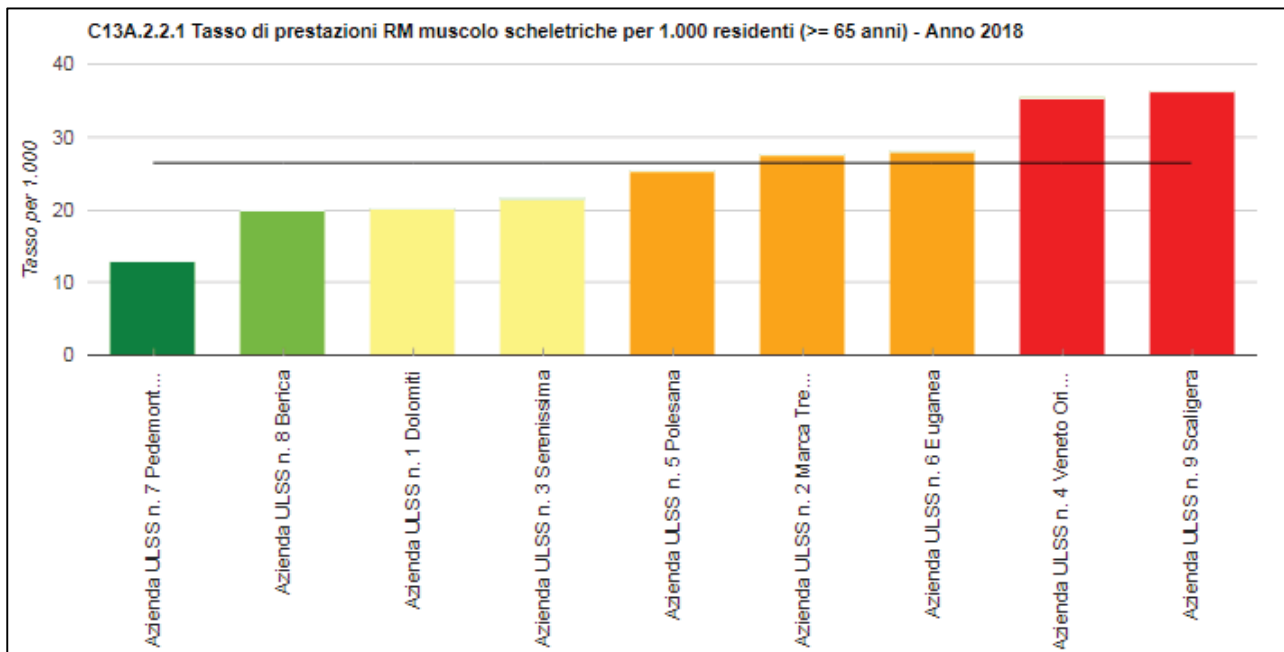
Il governo della specialistica ambulatoriale evidenzia criticità nell'ULSS 9 Scaligera, con tassi di consumo globali e specifici superiori alle medie regionali.

**Figura 11 - Indicatore C13.2.2.4 Network Sant'Anna**



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, e nella sua versione regionale (obiettivo D.E.2.1 ex DGR 248/2019) l'ULSS 9 risulta la peggiore anche nelle stime 2019.

**Figura 12 - Indicatore C13a.2.2.1 Network Sant'Anna**



In merito all'assistenza specialistica, la presenza delle alte specialità nell'AOUI 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. Di recente il governo ha emanato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, cui la Regione Veneto ha fatto seguire la DGR n. 479 del 23 Aprile 2019 di recepimento e la successiva DGR n. 1164 del 6 Agosto 2019 con cui ha adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa. L'ULSS 9 ha quindi adottato con la DDG 685 del 24 ottobre 2019 il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di attesa 2019-2021.

Nell'ambito di questo Piano, le azioni più rilevanti, che hanno implicazioni organizzative sulle Unità Operative eroganti le prestazioni sono:

- Separazione dei primi accessi dagli accessi successivi
- Gestione "flessibile" delle agende in relazione alle classi di priorità e bilanciamento dell'offerta sulla domanda, rilevata attraverso l'analisi dei dati risultanti dai flussi regionali
- Implementazione della "presa in carico" del paziente cronico attraverso percorsi diagnostico terapeutici dedicati, come previsto dal PSSR
- Nel caso in cui non sia possibile garantire la prestazione di primo accesso e in classe di priorità nei tempi massimi previsti, l'azienda utilizza il sistema del galleggiamento per soddisfare la richiesta del cittadino ricercando ulteriori spazi programmati. Gli utenti vengono contattati dall'azienda al fine di completare la prenotazione

Si riporta di seguito il dettaglio dell'obiettivo di rispetto delle Liste d'attesa ambulatoriali (D.E.1 ex DGR 248/2019) da cui si evince che le percentuali di rispetto sia nelle strutture pubbliche che private.

Figura 13 - Distretti 1 e 2, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi

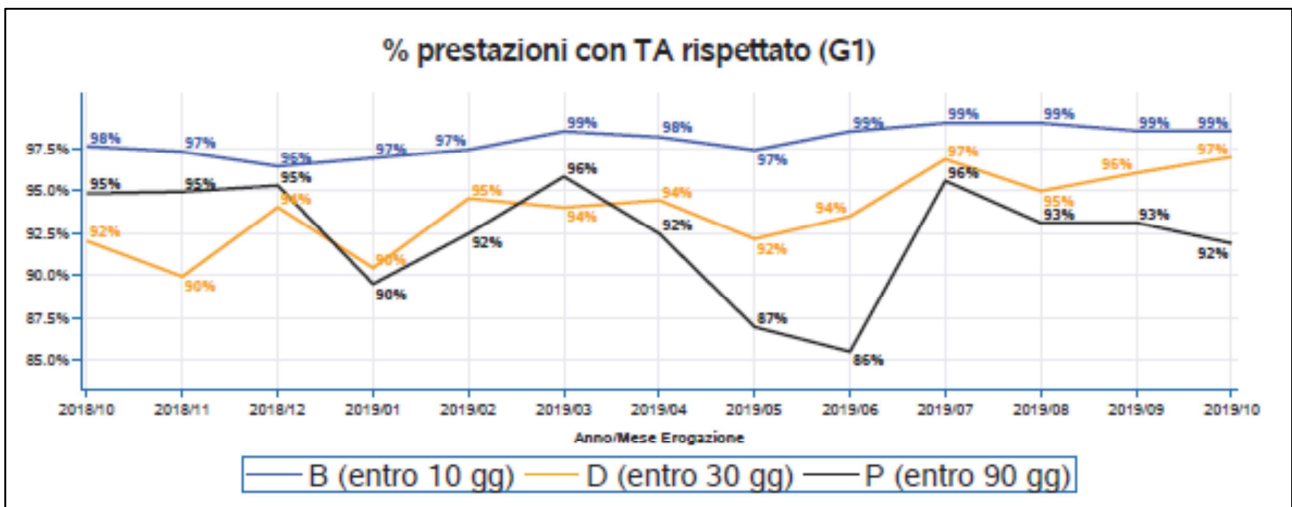


Figura 14 - Distretto 3, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi

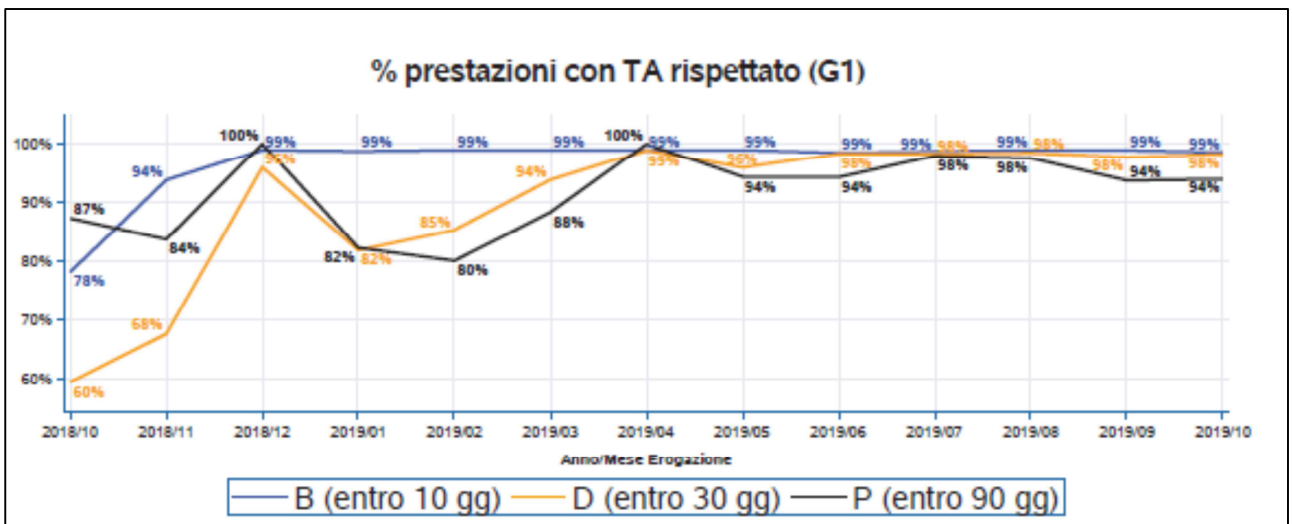
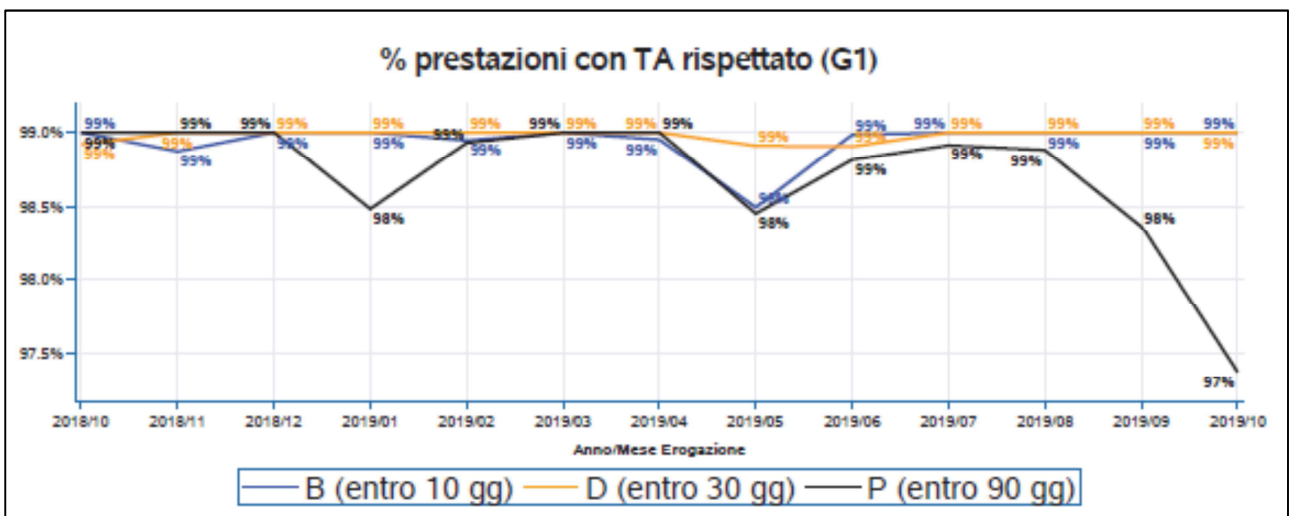


Figura 15 - Distretto 4, Andamento rispetto Tempi d'Attesa ultimi 12 mesi



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

La Regione con la DGR n. 1759/2019 ha attribuito alle aziende ULSS le risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza per il 2019, che risultano superiori a quanto storicamente disponibile. Questo ha già permesso nel corso del 2019 di ampliare la platea dei soggetti beneficiari di servizi residenziali e semiresidenziali nonché di Impegnative di Cura Domiciliare (ICD).

Nel corso del 2020 l'estensione dei servizi andrà a pieno regime.

### **Macro-obiettivo 1.6 - Attività Sociosanitaria e Sociale: Area Salute Mentale**

La DGR 1673/2018 ha definito, sulla base di un fabbisogno stimato per la popolazione residente, le dotazioni di posti letto massime per le ULSS del Veneto e stabilito le tariffe massime applicabili alle differenti tipologie di servizio. La Ulss, in applicazione della DGR 1437 del 01.10.2019, deve provvedere alla conclusione del processo di riorganizzazione entro marzo 2021. Pertanto l'azienda ha presentato ai competenti uffici regionali un piano aziendale in attesa di approvazione.

Le priorità di tale piano per 2020 sono: l'apertura di una CTRP per giovani affetti da patologie psichiche, in modo da evitare un loro inserimento diretto tra gli adulti dopo il compimento dei 18 anni, e l'adeguamento in aumento delle tariffe vigenti per i servizi ad intensità assistenziale minore (Gruppi Appartamento).

### **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 nell'ultimo triennio ha presentato alcune criticità in merito al puntuale rispetto dei tetti di spesa fissati da Azienda Zero. Gli scostamenti sono stati puntualmente monitorati e motivati e le giustificazioni sono state parzialmente accolte. Tale problematica permane anche dalle stime effettuate per l'esercizio 2019 in occasione della terza rendicontazione trimestrale del conto economico per i seguenti limiti di costo:

- a. Tetti di costo Farmaceutica convenzionata che registra un superamento del 3,65% al III° CECT con stima a novembre del +2,26% sui 12 mesi (€+2.100.000). Da ciò ne consegue la necessità di miglioramento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica, aumento della distribuzione di farmaci attraverso l'ADI, incontri con i MMG che presentano una spesa farmaceutica elevata;
- b. Tetto di spesa pro capite per Assistenza protesica maggiore che registra un valore pari a € 10,28/pro capite al III° CECT rispetto al valore soglia di €9,50. Il mancato rispetto del limite di costo impone la puntuale attuazione del nuovo regolamento aziendale in materia di prescrizione.
- c. Tetto di spesa pro capite per Assistenza Integrativa che registra un valore pari a € 17,91/pro capite al III° CECT rispetto al valore soglia di €15.
- d. Tetti di costo acquisti diretti che registra un superamento del 4,36% al III° CECT (€+1.395.911) che è stato puntualmente motivato sia per numero di pazienti trattati che per principio attivo con particolare riferimento alle "malattie rare"
- e. Tetto dei dispositivi medici e dispositivi medici in vitro tendenzialmente in linea al III CECT

Per questi tetti l'azienda 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.

### **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.

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

### **Macro-obiettivi 3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

La situazione di contesto con riferimento alla politica degli investimenti nel settore socio sanitario è caratterizzata da una *contrazione* nella disponibilità di risorse pubbliche, trend imposto dalla congiuntura economica sfavorevole degli ultimi anni, parzialmente compensata da un *aumento* dei flussi di finanziamento messi a disposizione dagli altri soggetti che tradizionalmente supportano le aziende sanitarie nelle loro progettualità (fondazioni bancarie), oltre alla presenza dei contratti di project.

Contemporaneamente permane la necessità di garantire l'aggiornamento tecnologico e la messa a norma delle strutture sanitarie. Ciò obbliga le aziende a definire con particolare attenzione il proprio piano di investimenti, tenendo conto dello stato di obsolescenza delle tecnologie, in particolare sanitarie e informatiche (analisi della frequenza dei guasti e della costosità degli interventi di manutenzione), delle proposte di aggiornamento che provengono dalle strutture aziendali, delle linee di sviluppo disegnate dalla Regione con i propri documenti programmatori.

Gli investimenti nell'area informatica che l'azienda ha individuato come prioritari, in parte già autorizzati e finanziati CRITE, riguardano l'implementazione del Fascicolo sanitario Elettronico, e due importanti interventi relativi alla ristrutturazione della rete informatica e alla copertura wifi delle strutture ospedaliere e di residenzialità extra ospedaliera. Parimenti necessario risulta l'acquisizione di carrelli e pc portatili per le unità di degenza e gli ambulatori in quanto presupposto indispensabile per il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero.

L'Azienda è impegnata anche nel corso del 2020 ad attuare la programmazione prevista nel piano di adeguamento tecnico-organizzativo secondo le tempistiche previste da Azienda Zero. In particolare andranno consolidate le attività che sono state avviate nel corso del II° semestre 2019 relative a:

- aggiornamento e messa in produzione degli applicativi aziendali per la gestione del livello di riservatezza e del consenso FSE;
- mantenimento/miglioramento Indice Qualità Indicizzazione per tutte le tipologie di documenti clinici indicizzati nel FSE;
- prosecuzione della formazione sui contenuti propri del FSE con particolare attenzione alla corretta gestione dei livelli di confidenzialità dei documenti (privacy).

### **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: Corretta gestione e puntuale monitoraggio dell'efficienza del ciclo passivo**

Nel corso del 2019 l'Azienda ha ottimizzato le operazioni per l'emissione dell'ordine preventivo per ogni operazione di acquisto, 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.

Le disposizioni nazionali (DM 7 dicembre 2018) richiedono per altro che l'ordine sia inoltrato in forma elettronica al Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO); con recente intervento (DM 27 dicembre 2019) i termini da cui tale onere diventa cogente sono stati fissati per i beni, a decorrere dal 1 febbraio 2020 e per i servizi, a decorrere dal 1 gennaio 2021.

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

Nel 2019 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. 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 popolazione, 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. Le aree indagate dal questionario sono state: il mio lavoro, le condizioni lavorative, il management, la comunicazione e l'informazione, la formazione, il sistema di budget, la mia azienda.

L'adesione complessiva da parte dei dipendenti dell'Azienda è stata buona e si è attestata al 36,29% come evidenziato nella seguente tabella:

**Tabella 34 - Adesione complessiva all'Indagine**

	PARTECIPAZIONE %		
	PERSONALE CON RESPONSABILITA' DI STRUTTURA	PERSONALE SENZA RESPONSABILITA' DI STRUTTURA	TOTALE
<b>AULSS 9 SCALIGERA</b>	68,12%	35,05%	36,29%

E' in corso l'analisi degli esiti dell'indagine e l'individuazione di azioni correttive finalizzate al superamento delle criticità emerse.

L'indagine di clima e le azioni conseguenti rappresenta un ambito di attività inserito nel Piano Triennale del Benessere Organizzativo dell'Azienda Ulss 9 Scaligera approvato con DDG n. 314 del 11/04/2019.

Con DDG 853 del 19/12/2019 sono stati approvati i progetti aziendali in applicazione del suddetto Piano che coinvolgono molteplici ambiti di attività (age management, Diversity and Inclusion management, Istituti Contrattuali, Indagine Clima ed Azioni Conseguenti, Work life balance e Welfare aziendale, Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro, Coordinamento nella formazione, Mobility Management) e che saranno posti in essere da gruppi di lavoro multidisciplinari.

**Macro-obiettivo 4.4- Gestione dei Rischi: 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

### 3.5. Documento delle Direttive 2020

Il presente piano integra una prima stesura del Documento delle Direttive 2020, nel quale si riportano gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati con DGR 248/2019 al Direttore generale per l'anno 2019, che saranno oggetto di integrazione a seguito di emanazione da parte della regione di una deliberazione di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2020.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Viene innanzitutto individuata la Direzione Strategica di riferimento che a sua volta individua nell'ambito dell'Area l'Unità Operativa "Capofila". L'Unità Operativa "Capofila" sarà chiamata a proporre, coordinare e monitorare le azioni delle Unità Operative coinvolte, riferendo alla Direzione Strategica l'andamento aziendale. Nel caso di obiettivi riferiti direttamente a più unità operative omogenee, ad esempio le UU.OO.CC. Farmacia di ciascun ospedale o le UU.OO.CC. Cure Primarie nei diversi distretti, ciascuna UOC risponde per la parte di propria competenza.

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	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)	95,50%	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)	95,90%	≥ 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 2018	≥ 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	61%	≥ 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	53%	≥ 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	51%	≥ 50%	≥ 50%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
									Promozione della Salute
	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	3%	≥ 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	2,2%	≥ 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	9,9%	≥ 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)	0,8%	≥ 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	3,1%	≥ 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	0,4%	≥ 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)

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza 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)
		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)	Effettuato il 73% delle interviste (indicatore da calcolare a consuntivo)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	DS	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute
		DGR 248/2019 P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	234	≥ 300	≥ 300	≥ 300	DS	Dipartimento Prevenzione
	Obiettivo 1.1.6: Implementazione del Piano della Prevenzione Aziendale	Obiettivo Aziendale	Esecuzione delle attività previste		Si	Si	Si	DS	Dipartimento Prevenzione
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	40%	≥ 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	99,8%	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	99%	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	n.d.	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
	Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle	DGR 248/2019 D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	83% delle MGI soddisfa il criterio	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Medicine di Gruppo Integrate	DGR 248/2019 D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	100% delle MGI soddisfa il criterio	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 ( $\geq 0,5$ per il primo anno di attività, altrimenti $\geq 0,65$ )	Se non viene soddisfatto il prerequisito l'indicatore non è soddisfatto	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 valori	32%	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
	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	Apertura ODC, San Bonifacio	Apertura ODC di Valeggio, Bussolengo, Caprino	-	-	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)	3,41	$\geq 4$ (punteggio parziale se $\geq 2,6$ )	$\geq 4$ (punteggio parziale se $\geq 2,6$ )	$\geq 4$ (punteggio parziale se $\geq 2,6$ )	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	2,28	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$ )	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$ )	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$ )	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	2,52	$\geq 2$ (punteggio parziale se $\geq 1,5$ )	$\geq 2$ (punteggio parziale se $\geq 1,5$ )	$\geq 2$ (punteggio parziale se $\geq 1,5$ )	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	18,7%	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	15,7%	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.2.1	Adeguamento agli standard qualitativi previsti dalla DGR 1075/2017: % standard rispettati	17%	100%	100%	100%	DS	Direzione Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli	DGR 248/2019 D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	38,2%	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$ )	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$ )	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$ )	DS	UOC Cure Palliative

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
	standard	DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	33,6%	≤ 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	6,3%	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	DS	UOC Cure Palliative	
		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	30%	≤ 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	34,1% (-23%)	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	287,64	≤ 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	5,9%	0 (parziale se ≤ 6,9%)	0 (parziale se ≤ 6,9%)	0 (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	4:50	≤ 4 ore	≤ 4 ore	≤ 4 ore	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
Obiettivo 1.3.2: Erogazione del Ricovero secondo gli standard		DGR 248/2019 ed Obiettivi V Commissione consigliere C.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	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	83,78%	≥ 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	90,45%	≥ 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	62,17%	≥ 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	Positivo	≤ 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	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere C1	Rispetto del tasso di ospedalizzazione	137,03	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
			Rispetto del tasso di occupazione.	78%	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere C3	Attivazioni reti cliniche e tempo dipendenti e loro mantenimento.	Soddisfatto	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
		Obiettivo Aziendale	Degenza Media	9,23	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera	
		Obiettivo Aziendale	% DRG chirurgici in degenza ordinaria	30,8%	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	+7%	>= 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	+2%	<= -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	
	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.	82,25	Compreso tra 40 e 60	Compreso tra 40 e 60	Compreso tra 40 e 60	DS	Direzione della Funzione Territoriale
			Obiettivo Aziendale	Volume (numero) di prestazioni ambulatoriali erogate direttamente	5.615.075	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.5: Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 248/2019 D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	≥ 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	99%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	≥ 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	99%	≥ 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	97%	≥ 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	Soddisfatto	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	Direzione della Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	94%	≥90%	≥90%	≥90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	82%	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.6: Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.1: Erogazione Servizi Sociali	Piani di Zona	Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona	Si	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale
		Obiettivo Aziendale	Numero di utenti in carico e/o Numero di prestazioni erogate	Mantenuto	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DSS	Direzione della Funzione Territoriale
		Obiettivo Aziendale	Rispetto degli standard di efficienza previsti	Mantenuto	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento		
		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	Si	Si	Si	Si	DA/DS/DSS	UOS Comunicazione e Marketing URP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	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	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	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 V 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	Si	Si	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
Macro-obiettivo 1.8: Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 248/2019 O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	14,3%	≤ 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	Positivo	≥ 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	Positivo	≥ 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	Si	Si	Si	Si	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		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

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliare E6	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	n.d.	Si	Si		DS/DA	Direzione della Funzione Ospedaliera
		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

### 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	-	Si	Si	Si	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	Variatione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	-	≤ 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 2018 ed aggiornato il Piano entro i termini	Consuntivazione Risparmi 2019	-	-	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	Perfezionato il metodo	Condivisione manuale con i Comitati dei Sindaci	Applicazione	Applicazione	DA/DSS	Direzione Amministrativa Territoriale
	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	Si	Si	Si	Si	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	Si	Si	Si	Si	DA	UOC Contabilità e Bilancio

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
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	Rispettata soglia	≤ 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	+2,3% rispetto alla soglia	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere	
		DGR 248/2019 O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	Soglia rispettata	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere	
		DGR 248/2019 O.T.1.3	Costo IVD	Soglia rispettata	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere	
		DGR 248/2019 O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	5 su 12 indicatori (misurati) soddisfacenti	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere	
	Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale	DGR 248/2019 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	+2,8% rispetto alla soglia	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	≤ soglia regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale	
		DGR 248/2019 O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	€ 122,53	≤ 122€	≤ 122€	≤ 122€	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale	
		DGR 248/2019 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	€ 18,7	≤ 15 €	≤ 15 €	≤ 15 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale	
		DGR 248/2019 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	€ 10,43	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale	
		DGR 248/2019 D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	2 su 6 indicatori (misurati) soddisfacenti	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale	
		DGR 248/2019 S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni Questionario LEA: Indicatori farmaceutica: consumo dei farmaci del PHT distribuiti in Diretta o in DPC e Consumo di farmaci Oppioidi	Sono presenti criticità su indicatori farmaceutici		SI	SI	SI	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		Obiettivi assegnati dalla Commissione Consigliere E7	Recupero farmaci e presidi medici	-		SI	SI	SI	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
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)	-15,55	≤ 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	12,35%	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	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	97,17%	≥ 98% per il mantenimento	≥ 98% per il mantenimento	≥ 98% per il mantenimento	DS/DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 248/2019 S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Positivo	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)	80%	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	30%	100%	100%	100%	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
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	n.d.	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	100%	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	n.d.	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)	90,8%	≥ 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	100%	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		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	0,52%	< 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	1,05%	< 10%	< 10%	< 10%	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)	12,52%	< 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
		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	100%	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	75%	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	67%	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 CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	≥ 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	Positivo	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione della Funzione Ospedaliera

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	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	Positivo	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 aziendali	Obiettivo 4.1.1: 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	n.d.	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 4.1.2: Corretta emissione ed evasione degli ordini	Obiettivo Aziendale	Implementazione di tutte le procedure necessarie all'emissione di ordine preventivo per ogni costo sostenuto	Si	Si	Si	Si	DA	UOC Contabilità e Bilancio
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	Si	Si	Si	Si	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	Si	Progetti di miglioramento	Si	non applicabile	DS/DA/DSS	UOC Gestione Risorse Umane

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
	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	Si	Si	Si	Si	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.	Si	Si	Si	DA/DS/DSS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	
Macro-obiettivo 4.4: Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza	Obiettivo 4.3.2: Sviluppo Progetti Edilizi	DGR 248/2019 S.C.1.1	Realizzazione REMS a Nogara	50%	-	-	-	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	
	Obiettivo 4.1.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT	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	
			Effettuazione delle analisi del rischio	Nuovi processi critici sono stati oggetti di analisi	Analisi di ulteriori 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	83%	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	Attività di controllo e misure di prevenzione	Positivo	Valutazione delle misure di contenimento in essere sui processi mappati nel 2018	Valutazione sui processi mappati nell'anno precedente	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione
		DGR 248/2019 S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Positivo	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	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
					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	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.1.4: Applicazione delle politiche di Autoassicurazione	Obiettivo Aziendale	Rispetto delle disposizioni regionali in tema di autoassicurazione	Si	Si	Si	Si	DA	UOC Affari Generali
	Obiettivo 4.1.5: 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	Rispetto delle procedure	DA	UOC Affari Generali

## 4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

### 4.1. Misurazione e valutazione della performance

#### 4.1.1. 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'allocatione 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. Valutazione della performance organizzativa

### 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 1 - 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 35 - 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 36 - Valutazione numerica item della scheda**

<b>VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI</b>	<b>Non del tutto positivo</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Buono</b>	<b>Eccellente</b>
	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 37 - Quota della retribuzione di risultato erogata**

<b>Punteggio</b>	<b>Quota erogata</b>
< 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

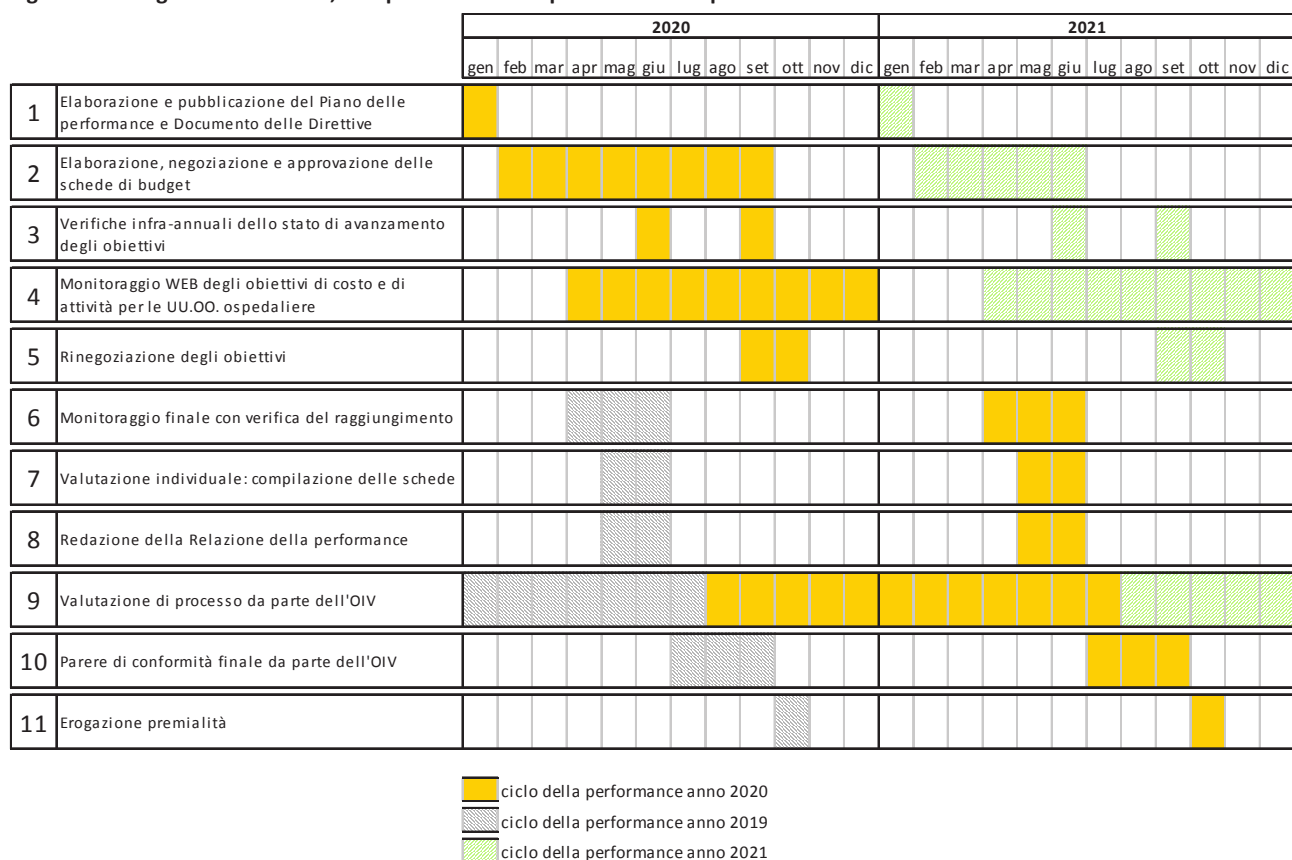
Le tempistiche per il processo di gestione della performance sono chiaramente scandite dalle disposizioni normative e regionali.

**Tabella 38 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016**

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2020)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2020)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2020)	Tempestivo a seguito di emanazione DGR obiettivi DG
Negoziare Budget (anno 2020)	marzo-settembre
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2020)	settembre
Predisposizione schede di valutazione (anno 2019)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2019)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2019)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2019)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno 2020)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2019)	entro il 15 settembre
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2019)	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.

**Figura 16 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale**



## 5. CONCLUSIONI

---

Si sono presentati in questo documento:

- Il quadro di riferimento, ovvero il contesto, le dimensioni aziendali e la normativa di riferimento, nella quale opera l'Azienda;
- Le linee programmatiche, come derivate dalla programmazione regionale, dalle disposizioni normative e dalle strategie aziendali;
- Il Documento delle Direttive 2020 che riporta, oltre al dettaglio di obiettivi ed indicatori di misurazione, l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa "Capofila";
- Il processo previsto nell'Azienda ULSS 9 per la gestione della Performance.

Da questo lavoro emergono le analisi condotte ed i vincoli in base ai quali viene definito il quadro programmatico dell'Azienda. Vengono inoltre soddisfatte sia le esigenze conoscitive interne di chi partecipa direttamente al ciclo della performance (dirigenti ed altro personale) che esterne proprie di tutti gli stakeholders (fornitori, cittadini, istituzioni).

Il Piano viene adottato nelle more dell'emanazione da parte della Regione degli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2020; qualora venissero apportate rilevanti modifiche del quadro degli obiettivi regionali si procederà all'aggiornamento sia del presente Piano che del Documento delle Direttive.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pietro Girardi