

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2024-2026



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Allegato 2 “Documento delle Direttive
anno 2024”**

Sommario

1	INTRODUZIONE	3
2	IL PROCESSO DI BUDGET	4
2.1	Misurazione e valutazione della performance	4
2.2	Negoziare degli obiettivi di Budget	5
2.3	Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate	6
2.4	Il piano dei Centri di responsabilità	6
2.5	Valutazione della performance Organizzativa	10
2.6	Valutazione della performance individuale	10
2.6.1	Valutazione del personale Dirigenziale	11
2.6.2	Valutazione del personale del Comparto	12
2.7	Innovazione nell'ambito della Valutazione della Performance	13
2.8	Timing del processo	14
3	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI AZIENDALI	16
3.1	Obiettivi da programmazione regionale	16
3.1.1	Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale	17
3.1.2	Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale	19
3.1.3	Obiettivi e piani per il miglioramento	19
3.2	Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore	20
3.2.1	Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	20
3.2.2	Effettuazione delle attività di Screening	20
3.2.3	Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali	21
3.2.4	Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR)	21
3.2.5	Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	24
3.2.6	Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	25
3.2.7	Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	26
3.2.8	Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva	27
3.2.9	Rispetto del livello di costosità programmata regionale	30
3.2.10	Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr	31
3.2.11	Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero	31
3.2.12	Rispetto degli standard di sicurezza: Cyber security	32
3.2.13	Formazione del Personale: Digitalizzazione	32
3.2.14	Attuazione del PNRR	32
3.2.15	Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	34
3.3	Le Aree Strategiche	35
3.4	Documento delle Direttive 2024	36

1 Introduzione

In aderenza ai contenuti e alle scelte del PIAO, l'Azienda ha elaborato il **Documento di Direttive** che costituisce il punto di **partenza del processo di budget** per l'anno in corso e rappresenta, ai sensi della L.R. 55/1994, lo strumento di raccordo tra i documenti di pianificazione pluriennale e il sistema di budget, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati.

Il presente documento ha la funzione di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione regionale, il PIAO ed il budget aziendale, in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione e programmazione adottate dall'azienda.

Si tratta, quindi, di uno strumento tecnico attraverso il quale le **linee di indirizzo vengono declinate in obiettivi precisi**, riconducibili ad azioni specifiche, dando unità ai propositi di gestione dell'Azienda ULSS 9 nel rispetto delle politiche gestionali e delle attività istituzionali delle singole UU.OO.

Le direttive indicate nel presente documento, sono distribuite ai Direttori delle strutture tecnico funzionali (Direttore della Funzione Ospedaliera, Direttore della Funzione Territoriale e Direttore del Dipartimento di Prevenzione) ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di UOC, ai responsabili di UOSD e dovranno essere, a cascata, portate a conoscenza di tutto il personale. Il documento viene pubblicato nell'intranet aziendale ed è pertanto a disposizione di tutti i dipendenti.

Come specificato dalla legge regionale, il Documento di Direttive indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget. Il documento si compone quindi delle seguenti parti:

- il processo di budget, dall'assegnazione alla valutazione
- i Centri di Responsabilità per l'anno in corso;
- gli obiettivi aziendali per l'anno in corso;
- il raccordo tra la programmazione economica e gli obiettivi aziendali e di budget;
- il raccordo con la pianificazione pluriennale;

2 Il processo di budget

2.1 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.

Obiettivo	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.
Indicatore	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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 ed attribuibilità. Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.
Infrastruttura di supporto	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 sovraintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.
Processo	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'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Gli strumenti di programmazione e valutazione	Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto: <ul style="list-style-type: none"> - il Piano triennale delle Performance ed il 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.
Pubblicità	Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none"> - 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.

2.2 Negoziazione degli obiettivi di Budget

La fase di programmazione è di competenza della **Direzione Strategica** (DG, DA, DS e DSS) che attraverso il PIAO:

- 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.

L'adozione del Documento delle Direttive rappresenta il momento di avvio del processo di budget per l'anno in corso, pertanto, viene inviato a tutti i Direttori/ Responsabili di Centri di Responsabilità dell'Azienda.

L'"attività di budgeting", attraverso la fase di negoziazione, porta all'assegnazione degli obiettivi alle diverse Unità Operative e rappresenta 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, dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati, viene prevista la possibilità di una pesatura differenziata per il medesimo obiettivo tra dirigenza e comparto.

Le intese di budget sono riportate in una **scheda** che rappresenta il supporto per l'intero ciclo ed in particolare viene:

- sottoscritta congiuntamente dai soggetti di cui al successivo paragrafo (SCHEDE DI BUDGET FIRMATE);
- rivista / modificata in corso d'anno per eventuale rinegoziazione (SCHEDE DI BUDGET RINEGOZIATE);
- integrata a consuntivo con i risultati raggiunti e la percentuale di raggiungimento finale (SCHEDE DI BUDGET VALUTAZIONE FINALE)

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.

La fase di negoziazione si conclude con il **recepimento con Delibera** delle schede budget sottoscritte ed 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.

È compito del responsabile di ciascun CDR, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, comunicare ai propri collaboratori gli obiettivi sottoscritti e tradurli in programmazione locale, in particolare deve:

- 1) comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- 2) comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- 3) informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- 4) effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- 5) 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 individuale siano debitamente sottoscritte dai valutati.

Gli obiettivi assegnati alle UOS sono inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono.

2.3 Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate

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.

Alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale sono previsti **Dipartimenti intraaziendali**, strutturali e funzionali, che comprendono unità operative appartenenti a più ospedali, e che afferiscono ciascuno ad uno dei tre direttori medici ospedalieri. Per tali dipartimenti "transmurali" il nuovo regolamento dei Dipartimenti, prevede che vi sia un momento di discussione collettiva degli obiettivi, estesa a tutti i componenti del **Comitato di Dipartimento** così come individuati dal regolamento.

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

La negoziazione e sottoscrizione finale del budget si svolge tra:

- il **Direttore di Area Strategica (DG, DA, DS o DSS)** o quale suo delegato:
 - il **Direttore di Funzione Ospedaliera**
 - il **Direttore di Funzione Territoriale**
 - il **Direttore di Dipartimento di Prevenzione**
 - il **Direttore del Dipartimento di Salute Mentale**
- il **Direttore della Direzione Medica Ospedaliera** (se diverso dal DFO) per le UU.OO. Ospedaliere
- il **Direttore di Dipartimento** ove presente oppure il **Direttore di Distretto** (se diverso dal DFT) per le UU.OO. distrettuali
- il **Direttore della Unità Operativa**.

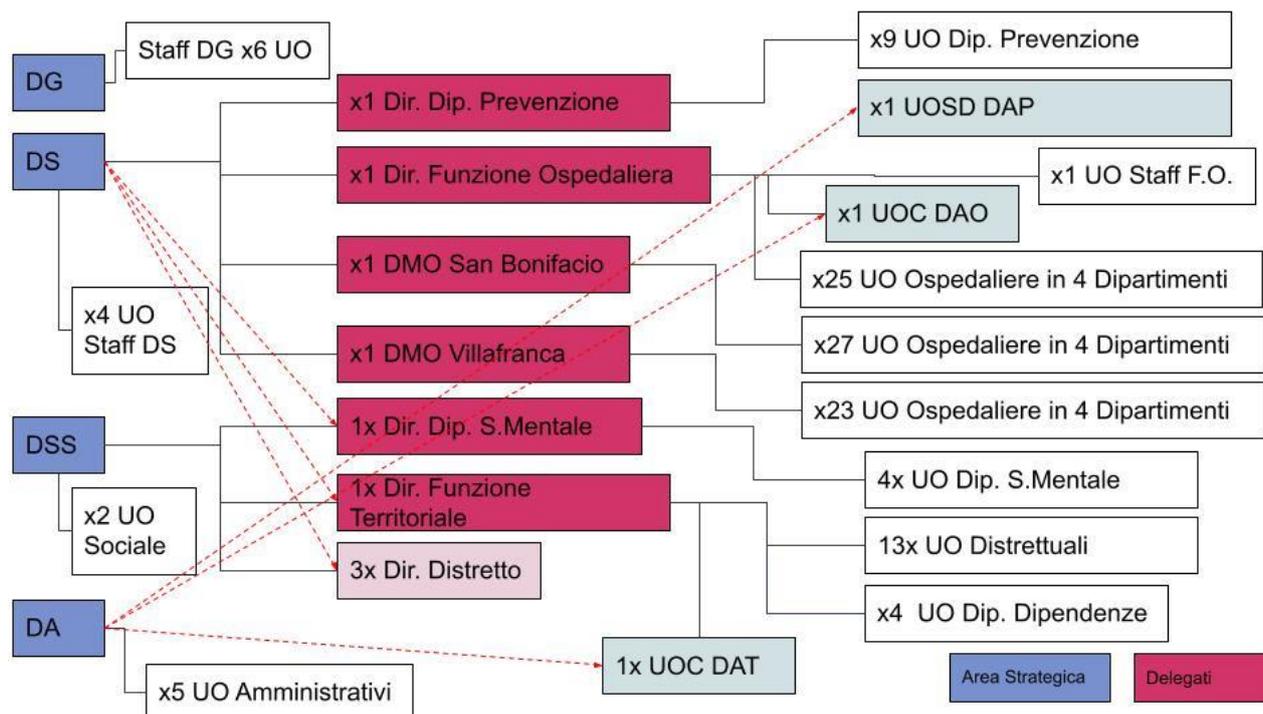
Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.

2.4 Il piano dei Centri di responsabilità

Il Budget viene sottoscritto da 133 centri di responsabilità.

Le strutture incaricate di negoziare le schede budget sono:

- **Direttore Generale** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (6 UO);
- **Direttore Amministrativo** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo (5 UO); *Sottoscrive anche le Schede della DAP, DAO. DAT*
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (2 UO), dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 UO) ;
- **Direttore Sanitario** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (4 UO), delle Direzioni Mediche Ospedaliere (3 UO), e del Direttore del Dipartimento della Prevenzione (1 UO); *Sottoscrive anche le Schede dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), dei Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 UO)*
- **Direttore del Dipartimento della Prevenzione** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento (10 UO tra cui UOSD DAP sottoscritto anche dal DA)
- **Direttore della Funzione Ospedaliera** con riferimento a tutte le UU.OO. Ospedaliere (77 UO) di cui:
 - 2 in Staff (tra cui UOC DAO sottoscritto anche dal DA)
 - 23 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO BU-VF (sottoscritte dalla DMO di BU-VF);
 - 25 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO LG (sottoscritte dalla DMO di LG);
 - 27 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO SB (sottoscritte dalla DMO di SB);
- **Direttore della Funzione Territoriale** con riferimento a tutte le UU.OO. afferenti ai Distretti (14 UO tra cui UOC DAT sottoscritto anche dal DA) e al Dipartimento delle Dipendenze (4 UO).
- **Direttore di Dipartimento di Salute Mentale** (4 UO)



I centri di responsabilità sono i seguenti:

DIREZIONE GENERALE
Staff
Controllo di Gestione (UOC)
Formazione (UOS)
Internal Auditing (UOC)
Servizio di Prevenzione e Protezione (UOS)
Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi (UOS) e Ufficio Innovazione e Sviluppo organizzativo Unica Scheda)
UOS URP Comunicazione e Marketing
DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Dipartimento Amministrativo
Affari Generali (UOC)
Contabilità e Bilancio (UOC)
Provveditorato Economato e Gestione della Logistica (UOC)
Risorse Umane (UOC)
Servizi Tecnici e Patrimoniali (UOC)
DIREZIONE SANITARIA
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizio Veterinario di Sanità Animale (UOC) <i>(attuale Direttore del Dipartimento di Prevenzione)</i>
DMO
Direzione Medica Ospedaliera (UOC)
Direzione Medica Ospedaliera Legnago (UOC) <i>(attuale Direttore della Funzione Territoriale)</i>
Direzione Medica Ospedaliera San Bonifacio (UOC)
Staff
Direzione Professioni Sanitarie (UOC)
Nucleo Aziendale di Controllo (UOS)
Osservatorio Infettivologo Aziendale (UOS)
Risk Management (UOS)
Direttore Dipartimento di Prevenzione
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione (UOSD)
Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale e dei loro derivati (UOC)
Servizio Attività Motoria (UOSD)
Servizio di Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione Salute (UOSD)
Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione SIAN (UOC)
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica SISP (UOC)
Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro SPISAL (UOC)
Servizio Medicina Legale (UOC)
Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (UOC)

Servizio Veterinario di Igiene Urbana Animale (UOC)

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIALI

DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE

Alcologia e Dipendenze (UOSD)

Dipendenze Bussolengo e Legnago (UOC)

Dipendenze Verona (UOC)

Gioco d'Azzardo Patologico (UOSD)

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Psichiatria 1 (UOC) *(attuale Direttore del Dipartimento di Salute Mentale)*

Staff

Cerris (UOSD)

Sociale (UOC)

Direttori Distretto

Distretto 1 (UOC) *(attuale Direttore della Funzione Territoriale)*

Distretto 2 (UOC)

Distretto 3 (UOC)

Distretto 4 (UOC)

Direttore Dipartimento Salute Mentale

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Gestione Percorsi Riabilitativi e Integrazione con le Aree Distrettuali (UOSD)

Psichiatria 2 (UOC)

Psichiatria 3 (UOC)

Rems (UOC)

DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE

Distretto 1 Verona Città

Cure Primarie (UOC)

Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC)

Salute in Carcere (UOC)

Distretto 2 Est Veronese

Disabilità e non Autosufficienza (UOC)

Distretto 3 Pianura Veronese

Cure Primarie (UOC)

Disabilità e non Autosufficienza (UOC)

Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC)

Distretto 4 Ovest Veronese

Cure Palliative (UOC)

Cure Primarie (UOC)

Disabilità e non Autosufficienza (UOC)

Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC)

Staff

Assistenza Farmaceutica Territoriale (UOC)

Attività Specialistica (UOS)

Direzione Amministrativa Territoriale (UOC)

DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA

Staff

Direzione Amministrativa di Ospedale (UOC)

Integrazione Percorsi Ospedalieri (UOSD)

DMO BUSSOLENGO/VILLAFRANCA/MALCESINE

Dipartimento Chirurgico

Attività Ortopedica Bussolengo (UOSD)

Chirurgia Generale (UOC)

Oculistica (UOSD)

Ortopedia (UOC)

Otorinolaringoiatria (UOC)

Urologia (UOC)

Dipartimento Internistico

Cardiologia (UOC)

Gastroenterologia (UOSD)

Geriatria (UOC)

Medicina Generale Villafranca/Bussolengo (UOC)

Nefrologia e Dialisi (UOSD)

Neurologia (UOC)

Pneumologia (UOC)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Breast Unit Centro di Senologia Multidisciplinare Marzana (UOSD)

Radiologia Legnago (UOC)

Radiologia San Bonifacio (UOC)

Radiologia Villafranca (UOC)

DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE MATERNO INFANTILE

Ostetricia e Ginecologia Legnago (UOC)
 Ostetricia e Ginecologia San Bonifacio (UOC)
 Ostetricia e Ginecologia Villafranca (UOC)
 Pediatria Legnago (UOC)
 Pediatria San Bonifacio (UOC)
 Pediatria Villafranca (UOC)

DMO LEGNAGO/BOVOLONE

Dipartimento Chirurgico
 Chirurgia Generale (UOC)
 Chirurgia Senologica (UOSD)
 Chirurgia Vascolare (UOSD)
 Oculistica (UOC)
 Odontostomatologia (UOSD)
 ORL (UOC)
 Ortopedia Centro Trauma per AULSS9 (UOC)
 Urologia (UOC)

Dipartimento Internistico

Cardiologia (UOC)
 Gastroenterologia (UOC)
 Geriatria (UOC)
 Malattie infettive (UOSD)
 Medicina Generale (UOC)
 Nefrologia e Dialisi (UOC)
 Neurologia (UOC)
 Pneumologia (UOC)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DI ONCOLOGIA CLINICA

Oncologia Legnago (UOC)
 Oncologia San Bonifacio (UOSD)
 Oncologia Villafranca (UOSD)
 Radioterapia (UOC)

DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Recupero e Riabilitazione Funzionale Bovolone (UOC)
 Recupero e Riabilitazione Funzionale Bussolengo (UOC)
 Recupero e Riabilitazione Funzionale Malcesine (UOC)
 Recupero e Riabilitazione Marzana (UOC)
 Riabilitazione Territoriale (UOSD)

DMO SAN BONIFACIO/MARZANA

Dipartimento Chirurgico
 Chirurgia Generale (UOC)
 Chirurgia Senologica AULSS9 (UOSD)
 ORL (UOSD)
 Ortopedia (UOC)
 Urologia (UOC)

Dipartimento Internistico

Cardiologia (UOC)
 Gastroenterologia (UOC)
 Geriatria (UOC)
 Medicina Generale (UOC)
 Nefrologia e Dialisi (UOC)
 Neurologia (UOSD)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DEI SERVIZI

Anatomia Patologica Legnago (UOSD)
 Anatomia Patologica San Bonifacio (UOC)
 Farmacia Legnago (UOC)
 Farmacia San Bonifacio (UOSD)
 Farmacia Villafranca (UOC)
 Laboratorio Analisi Bussolengo (UOSD)
 Laboratorio Analisi Legnago (UOC)
 Laboratorio Analisi San Bonifacio (UOSD)
 Medicina Trasmurale Villafranca (UOC)
 Microbiologia Legnago (UOSD)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA

Anestesia Rianimazione Legnago (UOC)
 Anestesia Rianimazione San Bonifacio (UOC)
 Anestesia Rianimazione Villafranca (UOC)
 Pronto Soccorso Legnago (UOC)
 Pronto Soccorso San Bonifacio (UOC)
 Pronto Soccorso Villafranca (UOC)

2.5 Valutazione della performance Organizzativa

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- 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.

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.

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.

La rinegoziazione si rende comunque necessaria e promossa dalla Direzione per tramite del Controllo di Gestione, nei momenti in cui la Regione emana aggiornamenti negli obiettivi assegnati o nelle soglie di soddisfazione.

Il monitoraggio finale è avviato dalla Direzione dell'Azienda con la richiesta ad ogni responsabile di rendicontare 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.

Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget a nome della direzione strategica sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.

Il punteggio (espresso in raggiungimento percentuale) assegnato con la valutazione della scheda consuntiva, rappresenta la % di raggiungimento della performance organizzativa, rilevante ai fini dell'erogazione dei premi di risultato.

2.6 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.

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" e **DDG 409 del 22 aprile 2022** "Presenza d'atto della modifica al regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance (del. n. 100 del 22.02.2018) - modifica tabella punteggi art. 2 lett. b e conseguenti adempimenti."
- **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 758 del 7 ottobre 2021** "Approvazione regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance attribuzione della retribuzione di risultato - graduazione degli incarichi dirigenziali - valutazione dei dirigenti al termine dell'incarico, ai fini dell'indennità di esclusività e dei dirigenti neoassunti al termine del primo quinquennio". personale area dirigenza sanità."

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:

Tabella 1 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile

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

2.6.1 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 , 446 del 25/07/2019 e DDG 758 del 07/10/2021.

La scheda di valutazione per i direttori di dipartimento, di UOC, ed i responsabili di UOSD per la Dirigenza Sanitaria e anche UOS per la dirigenza PTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali (e anche di UOS per l'area Sanitaria) , 7 item, su una scala da 1 a 5.

Tabella 2 - Valutazione numerica Item della scheda

Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo area PTA)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5
Altri dirigenti e Incarichi (e UOS solo per area Sanitaria)	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) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD)

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:

Tabella 3 - Quota della retribuzione di risultato erogata Dirigenza

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 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.

2.6.2 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 4 - Valutazione numerica item della scheda

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Distinto	Ottimo
	5	6	7	8	9	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.

E' in corso modifica della modalità di attribuzione dei punteggi previsti che sarà proposta alle oo.ss.

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 5 - Quota della retribuzione di risultato erogata Comparto

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

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.

2.7 Innovazione nell'ambito della Valutazione della Performance

La valutazione della Performance Individuale sarà oggetto di riflessioni ed innovazioni alla luce della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 ([link](#)) che "fa seguito alle indicazioni fornite precedentemente dal Dipartimento della funzione pubblica con riguardo alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, al fine di integrare e adeguare ai nuovi indirizzi di efficacia ed efficienza l'attività delle amministrazioni pubbliche."

Gli obiettivi perseguiti dal Ministero sono:

- *"l'adozione di modalità di valutazione che vadano **oltre** - soprattutto per il personale dirigenziale - **la sola valutazione** effettuata **dal superiore gerarchico** e che coinvolgano una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione, per arrivare gradualmente alla valutazione a 360°;*
- *la corretta definizione della correlazione fra performance individuale e performance organizzativa;*
- *la necessità che i Sistemi di misurazione e valutazione delle performance siano in grado di assicurare un'adeguata **differenziazione delle valutazioni** (alle quale la contrattazione collettiva deve adeguarsi) quale leva essenziale per l'efficace gestione delle risorse umane, utilizzando strumenti quali momenti di confronto, feedback, omogeneizzazione, che sono in grado di agire sul livello di equità percepita da parte dei soggetti valutati;*
- *la definizione, all'interno del Sistema, di cosa l'amministrazione intenda per valutazione negativa, definendo, ad esempio, una **soglia di punteggio minima** (all'interno della scala di valutazione definita nel Sistema stesso) al di sotto della quale la valutazione deve intendersi negativa;*
- *l'introduzione di **forme di rewarding** per chi ha contribuito maggiormente al miglioramento della performance dell'amministrazione. [...]*
- *migliorare l'efficacia e l'utilità dei sistemi attualmente in uso per la valutazione della performance individuale dei dirigenti, ponendo al centro del processo di **valutazione la leadership** quale leva abilitante per il funzionamento delle organizzazioni;*
- *ribadire l'importanza del rispetto dei limiti previsti in sede di contrattazione collettiva per le "**eccellenze**";*
- ***promuovere il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale**. In particolare, per i dirigenti occorrerà stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento nell'organizzazione;*
- *favorire l'**individuazione di nuove forme di premialità**, in relazione al conseguimento di elevate performance individuali e organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno di ogni amministrazione."*

Tra gli strumenti proposti, si segnalano:

- *"la **valutazione dal basso**, nella quale sono i collaboratori ad esprimere, in forma rigorosamente anonima, un giudizio sul proprio superiore (ad esempio, con questionari anonimi volti a verificare se l'operato del dirigente è orientato a valorizzare le attitudini del personale, a incentivarne la produttività, a garantire il benessere organizzativo, etc.);*
- *la **valutazione fra pari**, nella quale sono coinvolti i colleghi, soprattutto quelli con i quali si ha un rapporto più costante e rilevante;*

- la **valutazione collegiale** (v. infra calibration), nella quale al fine di superare eventuali asimmetrie nelle scale di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti del personale, sono previste specifiche fasi – preventive e successive – di confronto tra dirigenti (o, a seconda dei casi, tra direttori o tra dirigenti apicali);
- la valutazione, con riguardo alla performance organizzativa di strutture complesse o meno, da parte di **stakeholder esterni** (per esempio, da parte degli utenti di un servizio erogato dall’ufficio o di un campione di cittadini opportunamente individuato o da altri portatori di interessi, fondamentale quando si tratta di dipendenti a stretto contatto con il pubblico).”

L’azienda è impegnata nello sviluppo delle indicazioni ricevute in modo da attivare le forme di valutazione innovative ed i miglioramenti necessari nel più breve tempo possibile. Tuttavia per la complessità delle proposte, la carica di innovatività, e la corretta gestione delle Relazioni Sindacali, l’implementazione delle indicazioni ministeriali richiederà un tempo congruo.

2.8 Timing del processo

La sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (ultime 2022/2023) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l’anno solare.

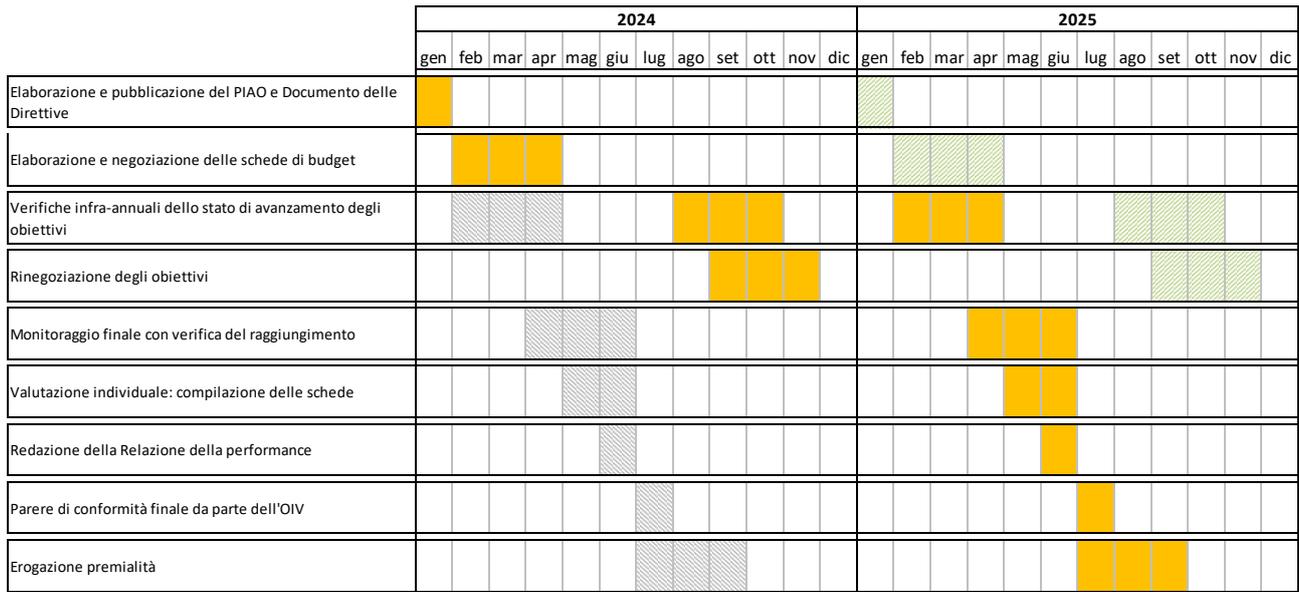
Con il 2024, valutati i benefici e le problematiche dell’anticipo della programmazione, nonché la tempestività registrata negli ultimi anni nella pubblicazione della delibera di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione, si ritiene di procedere normalmente con la sottoscrizione di schede annuali.

Tabella 6 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP	Dicembre (anno precedente)
Definizione Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)	Gennaio (anno corrente)
Aggiornamento Documento delle Direttive	Gennaio (anno corrente)
Negoziazione Budget	Febbraio - Aprile (anno corrente)
Delibera approvazione schede di Budget	Maggio (anno corrente)
Rinegoziazione Budget	Settembre - Novembre (anno corrente)
Predisposizione schede di valutazione	Maggio (anno successivo)
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget	Giugno (anno successivo)
Valutazione obiettivi individuali	Giugno (anno successivo)
Relazione sulla Performance	Giugno (anno successivo)
Validazione da parte dell’OIV della Relazione sulla Performance	Luglio (anno successivo)
Erogazione retribuzione di risultato a saldo	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell’OIV (anno successivo)

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

Figura 1 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale



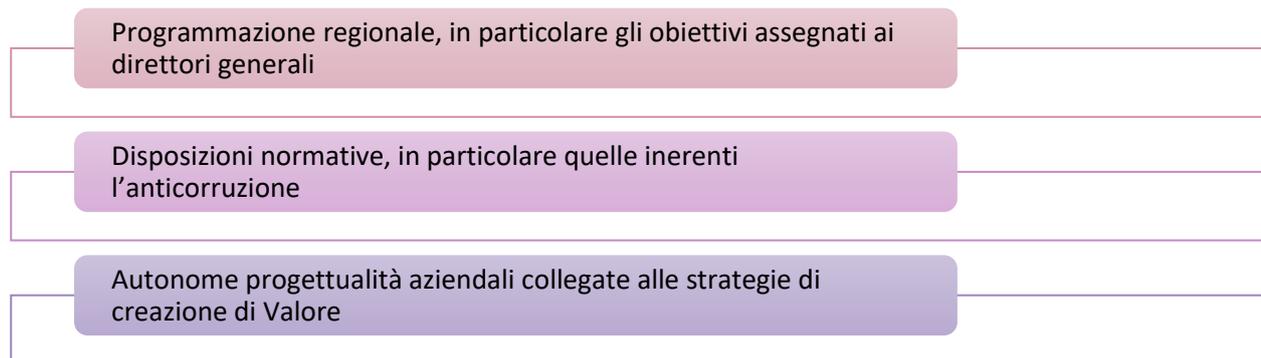
■ ciclo della performance anno 2024
 ■ ciclo della performance anno 2023
 ■ ciclo della performance anno 2025

3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi aziendali

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

Le fonti principali sono gli obiettivi stabiliti annualmente per il Direttore Generale (D.lgs. 171/2016 art.2) suddivisi tra obiettivi di Giunta, del Consiglio (anche la Conferenza dei Sindaci valuta il Direttore, e di conseguenza l'azienda, ma senza predefinire specifici obiettivi) e strettamente legati al Pano Socio Sanitario. L'unitarietà della programmazione aziendale viene garantita dall'integrazione di questi stimoli in un quadro logico che riconduce ciascun obiettivo a linee programmatiche proprie.

Il sistema degli obiettivi aggiornato deriva dall'integrazione di:



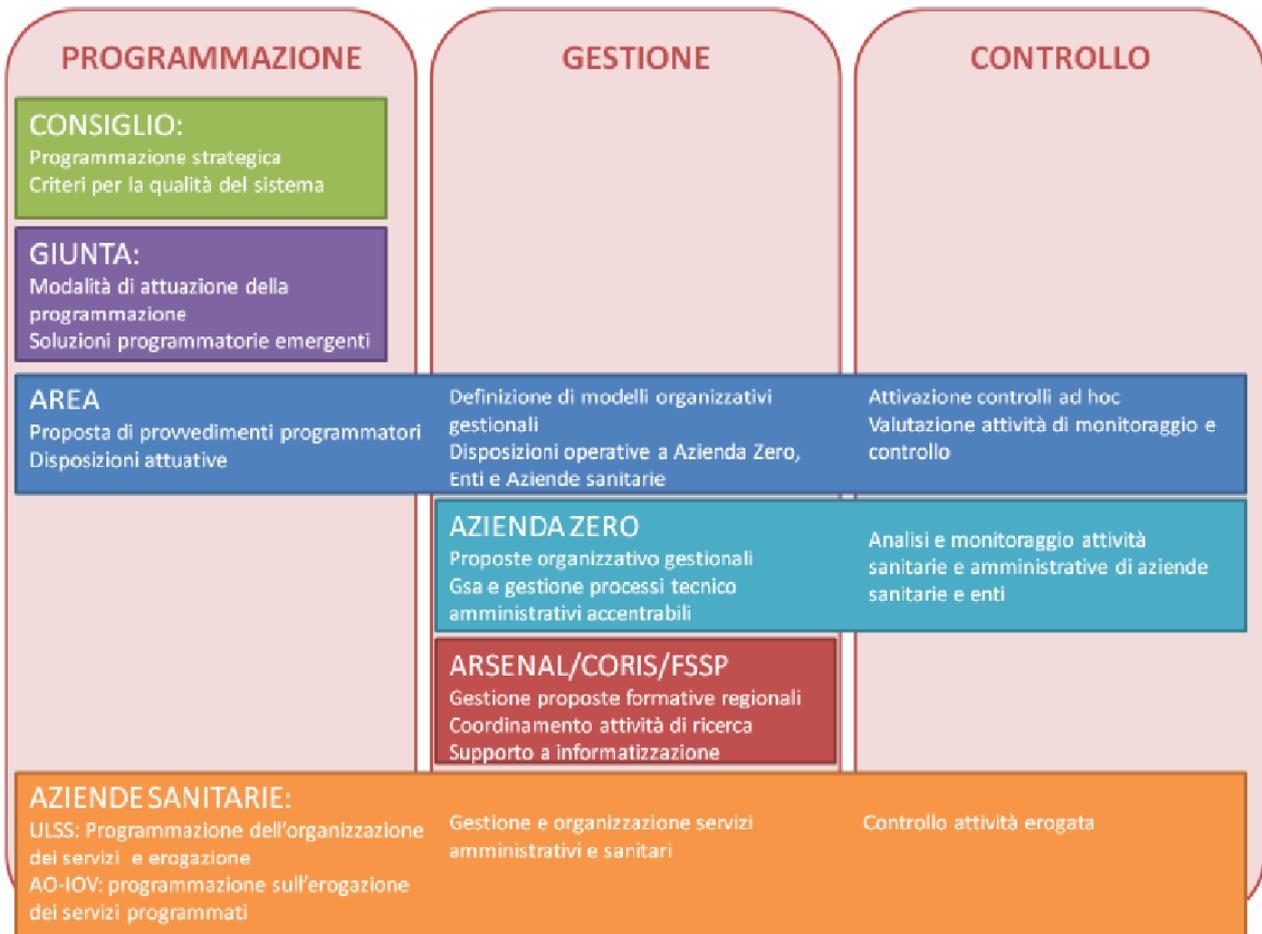
Gli specifici **obiettivi**, indipendentemente dalla provenienza, sono **riportati all'interno delle linee programmatiche aziendali** descritte nel Capitolo "Le Aree Strategiche". Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione quando previste, con l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento, della struttura eventualmente delegata nella negoziazione dell'obiettivo nelle schede Budget 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 loro 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 2 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



3.1.1 Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

La Regione Veneto, nel rendere operativi gli obiettivi strategici derivanti dal PSSR, assegna annualmente ai Direttori Generali gli obiettivi con Deliberazione della Giunta Regionale.

L'ultima delibera di assegnazione è relativa all'anno 2024 e gli obiettivi assegnati all'ULSS 9 (con punteggio) sono contenuti nell'Allegato A della DGR 1682/2023.

I pesi attribuiti ai vari obiettivi dalla giunta sono rappresentati in tabella:

Figura 2 Punti assegnati con DGR 1682/2023 ai diversi obiettivi

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO	punti Giunta	Peso %
S	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	24	40,00%
	S.1 - Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	12,2	20,33%
	S.2 - Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	1,4	2,33%
	S.3 - Perseguimento PNRR Missione 6	8,2	13,67%
	S.4 - Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	1,2	2,00%
	S.5 - Strategie di reclutamento del personale SSR	1	1,67%
A	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	12	20,00%
	A.1 - Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	6	10,00%
	A.2 - Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	6	10,00%
E	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	9	15,00%
	E.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	4	6,67%
	E.2 - Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	1,4	2,33%

	E.3 - Efficiamento e sviluppo dei processi amministrativi	2,4	4,00%
	E.4 - Miglioramento dei processi sanitari	1,2	2,00%
	E.5 - Promozione dei processi di eccellenza		0,00%
Q	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	15	25,00%
	Q.1 - Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	1	1,67%
	Q.10 - Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	1,2	2,00%
	Q.11 - Sviluppo dei progetti di qualità percepita	0,6	1,00%
	Q.12 - Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	0,6	1,00%
	Q.13 - Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	1	1,67%
	Q.2 - Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	0,8	1,33%
	Q.3 - Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	0,6	1,00%
	Q.4 - Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	1,2	2,00%
	Q.5 - Sviluppo assistenza territoriale	4,2	7,00%
	Q.6 - Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	1,2	2,00%
	Q.7 - Valorizzazione ruolo di hub	0,6	1,00%
	Q.8 - Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	0,8	1,33%
	Q.9 - Miglioramento della qualità del debito informativo	1,2	2,00%
	Totale complessivo	60	100,00%

L'impianto degli obiettivi assegnati dalla Giunta ha una forte continuità con la programmazione degli anni precedenti ed in particolare con il 2023.

Tra gli elementi di **continuità** più evidenti:

- gli obiettivi sono organizzati nelle stesse 4 linee strategiche, e la linea "S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza" è ancora quella con maggior peso, anche se passa da 36 a 24 punti bilanciando maggiormente le differenti aree;
- il rispetto dei tempi d'attesa è ancora l'obiettivo con più punti, ancorché scenda da 30 a 12 punti;
- risultano in continuità gli obiettivi strategici circa l'adozione del modello di assistenza territoriale ex DM 77 e gli impegni del PNRR e del FSEr collegati;
- in perfetta continuità sia gli obiettivi che gli indicatori relativi al rispetto della programmazione economica, dei tetti ai costi, obiettivi di qualità dell'assistenza (indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE - pne.agenas.it) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG - salute.gov.it al [Link](#));
- ancora presente l'obiettivo di qualità dei flussi informativi.

Emergono però alcune **novità** rilevanti, tra le quali:

- la modifica degli indicatori di riferimento per misurare la performance nell'ambito del rispetto dei tempi d'attesa, che propone in particolare una specifica programmazione dei cosiddetti "galleggi" e l'adesione al modello della "presa in carico" da parte dello specialista;
- l'inserimento di indicatori nuovi nell'ambito del NSG, in particolare recependo indicatori collegati ai PDTA per il trattamento dei tumori;
- l'inserimento di specifici obiettivi sul personale tra cui S.5.S.1 "Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore" e Q.13.S.1 "Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente";
- la revisione di buona parte degli indicatori di qualità dell'assistenza territoriale, con l'introduzione di alcune previsioni inedite:
 - Q.6.T.1 "Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali";
 - Q.10.S.1 "% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi";

- Infine la previsione di due nuovi flussi informativi il SIAR (che completa i flussi già presenti relativi alla riabilitazione territoriale) ed il SICOF, dedicato all'area dei consultori.

L'interpretazione di alcuni obiettivi potrà essere completata con l'emanazione del cosiddetto "Vademecum" che specificherà da parte dei diversi uffici regionali, le concrete richieste e soglie di adempimento cui l'azienda dovrà tendere.

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.

Nel corso del 2023, con nota Prot. n. 297270 del 1.6.2023, sono stati comunicati gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliare per gli anni 2023-2024:

Area	Obiettivo	Peso per ULSS 9
A - Gestione Covid e post covid		1,00
	A1 - Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)	1,00
B - Attuazione della programmazione sanitaria		6,00
	B1 - Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)	1,50
	B4 - Garanzia del servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale	1,50
	B5 - Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità	1,00
	B6 - Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore "cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti"	2,00
C - Trasparenza e comunicazione		2,00
	C1 - Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	1,00
	C2 - Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero	1,00
D - Liste d'attesa		4,00
	D1 - Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo	4,00
E - Bilancio e efficienza		4,00
	E2 - Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	2,00
	E3 - Rispetto delle disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna	2,00
F - Sistema Informativo e sicurezza		3,00
	F2 - Implementazione gestione Cyber security	2,00
	F3 - Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	1,00
Totale complessivo		20,00

Gli obiettivi B4, B6 e C2, rispettivamente relativi all'interruzione volontaria di gravidanza, alla procreazione assistita ed agli esiti delle indagini di qualità percepita, rappresentano delle novità rispetto agli anni precedenti. Negli altri casi si registra una sostanziale continuità.

3.1.3 Obiettivi e piani per il miglioramento

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 si richiamano gli obiettivi relativi a:

- Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa.
- Obiettivi riferibili al "Piano per la transizione digitale".

- Attivazione dei Servizi Medici Distrettuali, ovvero equipe di medici di Continuità Assistenziale, attivati laddove i pensionamenti del MMG portano un numero rilevante di cittadini ad avere difficoltà a cambiare il medico.
- 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.

3.2 Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore

Di seguito si riportano, in estrema sintesi, alcuni elementi di approfondimento rispetto agli obiettivi ritenuti strategici dall'azienda con riferimento alla strategia di creazione di valore attraverso l'"Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini". Il testo si collega alle strategie di creazione di Valore pubblico, come evidenziate nella sezione 2 del PIAO.

3.2.1 Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali

Sono oggetto di obiettivo specifico i tassi di copertura relativi alle vaccinazioni pediatriche (95%), all'antiinfluenzale nella popolazione con età pari o superiore ai 65 anni (60%), alle vaccinazioni previste nelle classi dei sessantacinquenni (Pneumococco 55%, Herpes Zoster 50%) e la Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (80%).

Secondo le ultime stime disponibili nel 2023 dovrebbero venir raggiunti tutti i livelli programmati per le vaccinazioni pediatriche e l'herpes zoster. Le coperture vaccinali relative ai vaccini contro lo pneumococco e l'HpV risultano essere prossimi alla soglia obiettivo che tuttavia ad oggi non è ancora stata raggiunta (-0,5% in entrambi i casi). Relativamente al vaccino antinfluenzale la copertura è in linea con l'anno precedente.

Si prevede nel 2024 di confermare il livello di costosità previsto per il 2023, con circa un milione di euro in meno dello stimato 2022 nonostante l'implementazione del nuovo Calendario vaccinale che include nuovi cicli vaccinali, tra cui particolarmente rilevante quello contro il Meningococco, che nel corso del 2024 potrebbero diventare altrettanti target.

Gli obiettivi relativi alle coperture vaccinali vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC SISIP, che direttamente eroga buona parte delle vaccinazioni in oggetto, ma coinvolge, in varie forme, anche le strutture distrettuali (in particolare le UU.OO.CC. delle Cure Primarie) per il coinvolgimento di MMG, PLS, Farmacie e centri servizi.

3.2.2 Effettuazione delle attività di Screening

In merito allo screening oncologici per mammella, colon-retto e cervice uterina, l'obiettivo resta quello di mantenere o raggiungere le soglie standard del tasso di copertura (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello sulla popolazione target).

L'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute si occupa della programmazione delle campagne e monitora le attività svolte dalle Radiologie, dalle Gastroenterologie ospedaliere, dal Laboratorio di anatomia patologica e dalle ostetriche dei consultori afferenti alle UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia.

Nel 2023 il mantenimento dei livelli di copertura richiesti è stato critico, in particolare per lo screening alla mammella. Tra le rilevanti problematiche organizzative:

- il bilanciamento dell'offerta sul territorio in funzione del bacino da servire (mammella),
- la continuità nel percorso di cura nel caso di riscontro sfavorevole (mammella),
- il ripristino della capacità di erogazione degli esami diagnostici presso anatomia patologica (cervice)
- il mantenimento di buoni livelli di prelievo presso i consultori familiari (cervice)

All'insieme degli screening oncologici, si è aggiunto lo screening per l'epatite C, che è attivo a partire dal 16 Maggio 2022 ed è destinato gratuitamente a tutte le persone nate tra il 1969 e il 1989 e ad alcune popolazioni selezionate,

quali i soggetti seguiti dai Servizi per le Dipendenze ed i detenuti. Si può effettuare il test su invito del programma di screening, o in occasione di altri esami del sangue, oppure su prescrizione del medico curante con apposita esenzione.

La Regione ha richiesto alle ULSS una percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti $\geq 15\%$, e l'azienda ULSS 9 ha superato tale soglia.

Gli obiettivi relativi agli screening vedono come Unità Operativa Capofila l'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute, che coordina e monitora le campagne, ma coinvolge, in particolare per i prelievi e le relative diagnostiche, anche le strutture distrettuali ed ospedaliere, in particolare la UOSD Breast Unit, le radiologie, le UU.OO.CC. IAF e l'Anatomia Patologica.

3.2.3 Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali

La programmazione delle Cure Primarie sta vivendo un periodo di revisione sostanziale da un lato a fronte dell'introduzione delle innovazioni organizzative definite dal DM 77/2022 e dall'altro per la riduzione dei medici di medicina generale operanti sul territorio. L'azienda infatti sta registrando l'impossibilità di sostituire numerosi medici che cessano l'attività per pensionamento, con rilevanti pressioni della popolazione che si trova priva di un supporto centrale nell'assistenza territoriale.

Il Piano Triennale vigente di sviluppo delle Cure Primarie aveva richiesto investimenti rilevanti per la strutturazione delle medicine di gruppo integrate ed in generale l'organizzazione in team della medicina generale. La configurazione in forme evolute di associazionismo di oltre l'88% dei MMG ha rappresentato un punto di forza nelle difficoltà attuali, ma non sembra sufficiente.

La Regione, tra gli obiettivi per il 2023, ha previsto l'Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale con la garanzia della copertura con MMG/PLS del 99% della popolazione.

Dal 2022, non riuscendo a reclutare un numero sufficiente di MMG/PLS, l'Azienda ha avviato, in forma sperimentale, un accordo per l'attivazione dei cosiddetti "Servizi Medici Distrettuali" che garantiscono l'assistenza primaria ai cittadini rimasti privi del Medico di Medicina Generale; pensato come una misura straordinaria e temporanea per rispondere ai bisogni di quella parte di popolazione che al momento non riesce a trovare la disponibilità di un medico, in particolare negli ambiti già carenti.

Il Servizio Medico Distrettuale garantisce tutte quelle prestazioni di assistenza primaria generalmente fornite dal medico di base, quali prescrizioni di farmaci, prestazioni strumentali e specialistiche, certificazioni, visite ambulatoriali e a domicilio.

L'accesso all'ambulatorio è primariamente strutturato su prenotazione, prevedendo fasce orarie di contatto telefonico per fissare l'appuntamento.

Il Servizio viene attivato nelle sedi distrettuali della Continuità Assistenziale ed a fine 2023 sono attive in 17 sedi.

Gli obiettivi relativi allo sviluppo delle Cure Primarie vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Cure Primarie supportate dall'UOS Medicina Convenzionata dell'UOC DAT, che si occupa degli aspetti amministrativi.

3.2.4 Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR)

L'assistenza territoriale è attualmente oggetto di una riforma promossa a livello nazionale ed avviata con la pubblicazione della pubblicazione del Decreto ministeriale 77 in 27 maggio 2022.

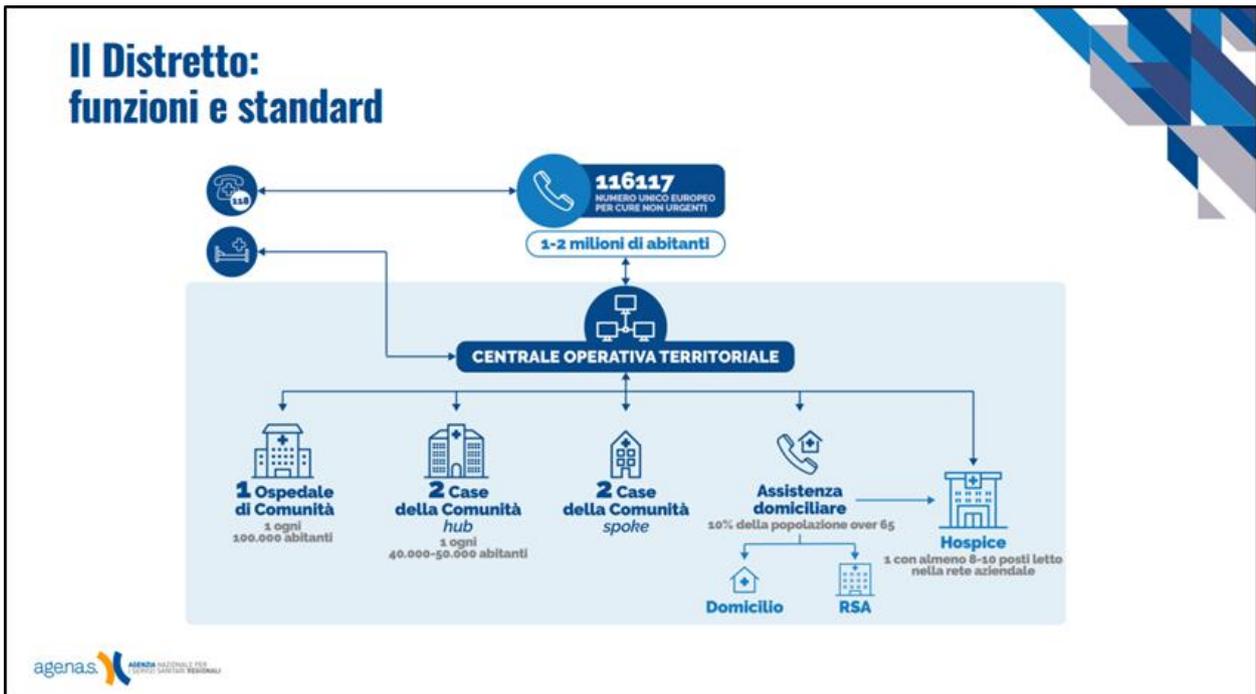
Le principali disposizioni del DM 77/2022, che ridisegna soprattutto funzioni e standard del Distretto, come riportate sul sito del Ministero della Salute sono:

- a. Casa della Comunità – Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.
- b. Centrale operativa 116117 – La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale

- c. Centrale Operativa Territoriale - La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- d. Infermiere di Famiglia e Comunità – È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.
- e. Unità di continuità assistenziale –. È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.
- f. Assistenza domiciliare – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.
- g. Ospedale di comunità -. È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale , con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- h. Rete delle cure Palliative - E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Standard:
- i. Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.
- j. Telemedicina - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

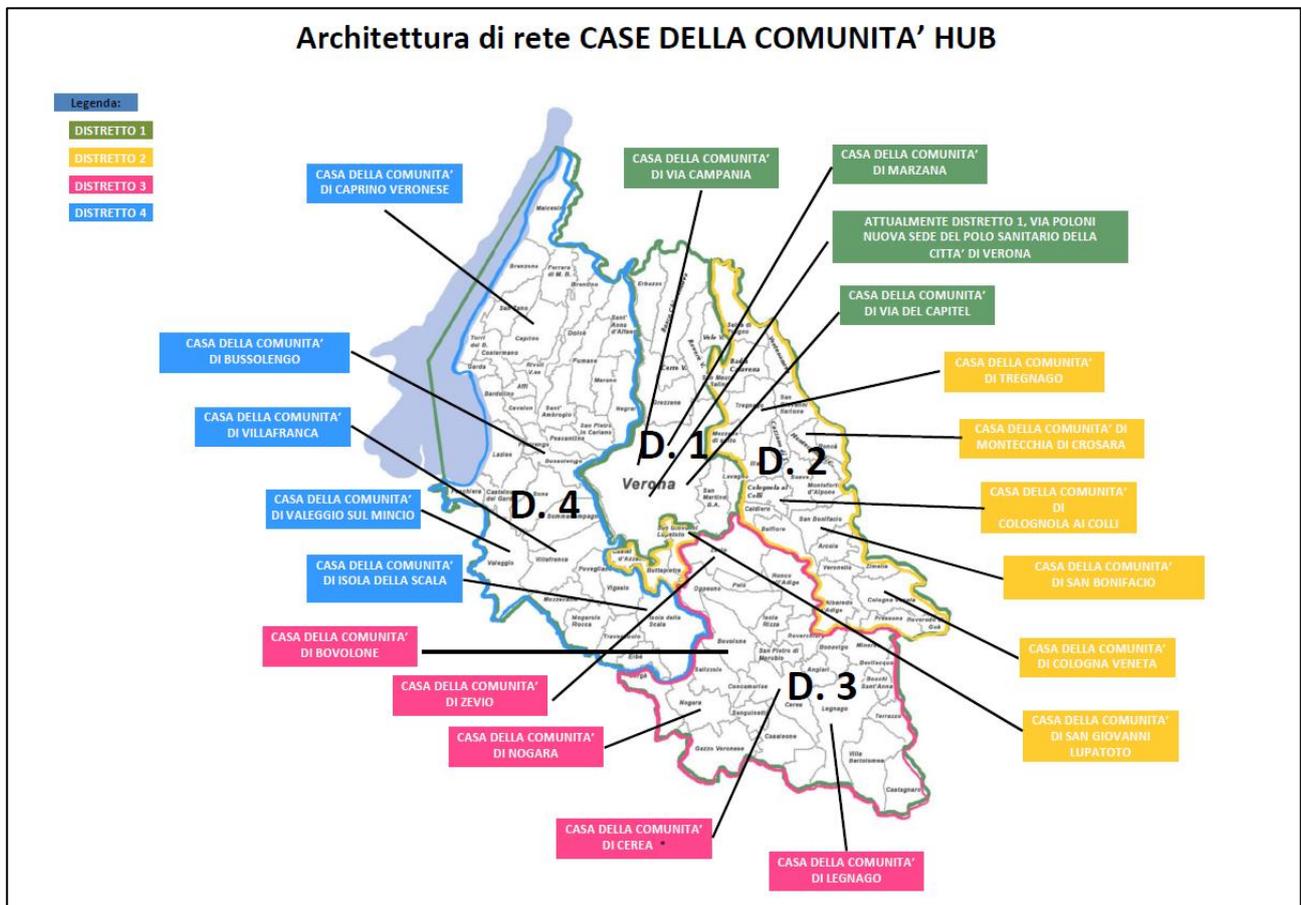
Tra questi sono specifico oggetto di obiettivo regionale e di conseguenza aziendale le Case della Salute e gli Ospedali di comunità (a. e g.), la Centrale Operativa Territoriale (c.), l'ADI (f.) e le cure Palliative (h.), i minori, in particolare con l'attivazione delle Unità Funzionali di Assistenza Distrettuale (i.) e la Telemedicina (j.)

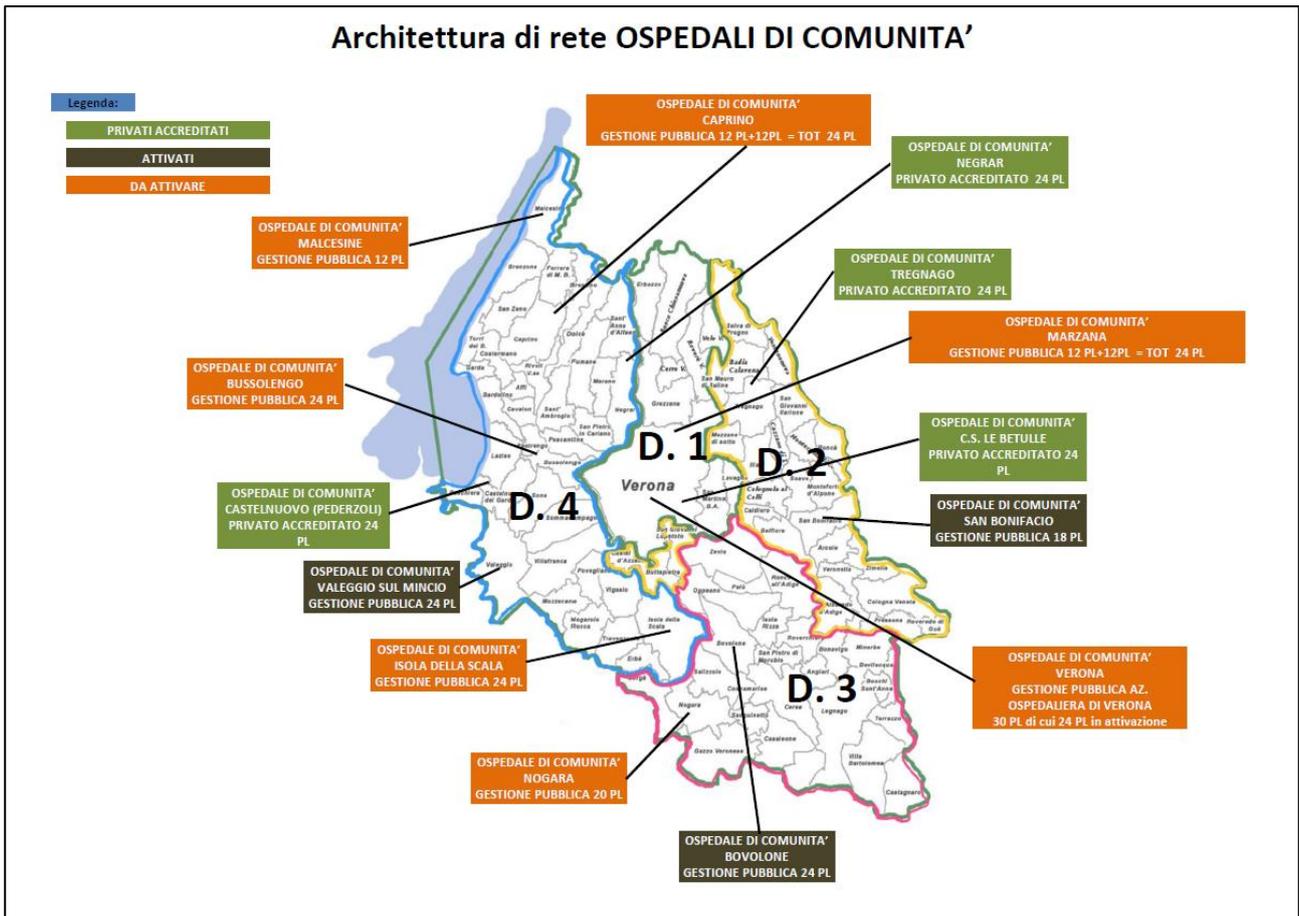
Figura 3 - Presentazione Agenas del Modello Organizzativo del Distretto



La programmazione aziendale su questo fronte, intrecciata anche all'impiego dei fondi del PNRR ed articolata su molteplici annualità, è riportata per le Case della Comunità HUB e per gli ospedali di Comunità nelle mappe sottostanti.

Figura 4 Case della Comunità HUB programmate in provincia di Verona





Gli obiettivi relativi alla realizzazione del Modello definito dal DM 77, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Distretti, ma anche altre Unità Territoriali (in particolare cure primarie e palliative) nonché la progettualità è fortemente condivisa con l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, che assume speculari obiettivi sulla realizzazione delle strutture. L'obiettivo infine coinvolge l'area delle risorse umane, ed in particolare la UOC Direzione Professioni Sanitarie, interessata dalla necessità di staffare le nuove funzioni territoriali.

3.2.5 Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard

In coerenza con il DM 77/2022 l'investimento nell'assistenza domiciliare rappresenta uno degli obiettivi più rilevanti per la strategia di modernizzazione della sanità.

Tra gli indicatori più rilevanti è la percentuale di ultrasessantacinquenni in ADI, che ha assunto una rilevanza fondamentale in quanto in base al DM del 23 gennaio 2023, le risorse collegate all'investimento M6C1 - 1.2.1 - Assistenza domiciliare del PNRR sono vincolate al raggiungimento del target del 10%.

L'ULSS 9, che pur avendo un numero di accessi molto alto in proporzione alle proprie dimensioni, presenta l'indicatore più basso in regione (6,3%) ed ha pertanto predisposto un piano d'azione per l'incremento degli anziani in ADI, basato su molteplici procedure tese ad intercettare i pazienti eleggibili ed in particolare sburocratizzando il percorso di inserimento a cura del MMG.

Per raggiungere il target del 10% di anziani in ADI il numero di soggetti da avviare alle cure domiciliari, anche per percorsi brevi e con un numero limitato di accessi, deve aumentare dei 12.000 circa del 2022 assistiti ad oltre 19.000 soggetti (+7.000 casi circa).

Figura 5 - Target ultrasessantacinquenni in ADI

AULSS	2019	2022	2023	
	(Baseline)	(Consolidato)	Soglia Q.05.D.2	
	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI in più rispetto all'anno 2022	Target N. di Anziani ≥ 65 anni in ADI da prendere in carico nell'anno 2023
1 - Dolomiti	4.719	5.443	712	6.155
2 - Marca trevigiana	16.830	22.490	552	23.042
3 - Serenissima	10.787	13.173	2.118	15.291
4 - Veneto Orientale	5.233	6.471	159	6.630
5 - Polesana	5.509	7.592	185	7.777
6 - Euganea	17.803	27.488	668	28.156
7 - Pedemontana	5.422	6.695	1.116	7.811
8 - Berica	8.413	10.143	1.448	11.591
9 - Scaligera	13.597	12.344	7.234	19.578

Gli obiettivi relativi all'assistenza domiciliare, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Cure Primarie in quanto titolari sia dei rapporti con i MMG che della gestione degli infermieri che erogano l'attività. È però indubbio che la portata di questo obiettivo coinvolga particolarmente i Distretti, le Cure Palliative ed i Sistemi Informativi (con riferimento all'introduzione di nuovi software per la gestione dell'ADI).

3.2.6 Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard

Tra gli obiettivi più rilevanti per l'azienda vi è la garanzia degli indicatori di qualità dell'assistenza presenti nel Piano nazionale Esiti (PNE) e/o nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). La regione promuove attivamente il miglioramento di questi standard assegnando ad ogni azienda obiettivi specifici sulle criticità riscontrate a livello locale.

La batteria di indicatori che la Regione metterà quali obiettivi si è arricchita a partire dal 2024 con un totale di X indicatori, di cui 2 specifici per l'ULSS 9:

- H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario

Gli altri indicatori Ospedalieri di "mantenimento sono":

- H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"
- H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"
- H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
- H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
- H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
- H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
- H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno

- H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno
- H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
- Candidati trapianto rene da donatore vivente
- Segnalazione potenziali donatori di organo
- Percentuale di opposizione alla donazione di cornee
- PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute
- PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
- PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)
- Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni
- Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
- H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
- H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche

Rispetto agli anni precedenti, oltre ad aver incrementato significativamente il numero di indicatori considerati, vi è stato l'inserimento di numerosi indicatori relativi ai percorsi del paziente oncologico.

Gli obiettivi relativi agli standard dell'assistenza ospedaliera, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. DMO ed UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri ma riguarda, in via diretta, tutte le Unità ospedaliere coinvolte nell'erogazione dei ricoveri in oggetto e, laddove gli obiettivi coinvolgano anche i privati accreditati, abbraccia anche le competenze delle strutture che gestiscono le relazioni con tali erogatori.

3.2.7 Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali

Tra gli obiettivi più rilevanti dell'azienda, che nel 2023 ha pesato per oltre il 50% sulla valutazione della Giunta, c'è il recupero delle liste di attesa anche attraverso l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, per il quale sono state adottate diverse misure tra cui:

- DGRV 1329/2020, con cui è stato approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa;
- DGRV 759/2021, provvedimento con cui sono state approvate le disposizioni per l'elaborazione del Piano Operativo Regionale, approvato con dgr n. 1329/2020;
- DGRV 925/2021, con cui è stata prevista l'assegnazione ad Azienda Zero di un finanziamento per un importo complessivo pari a 32 milioni di Euro, per ciascuno degli anni del triennio 2021-2023, di cui una parte da destinare al recupero delle Liste di Attesa;
- DGRV 1061/2021 con cui è stato aggiornato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa;
- DGRV 1293/2021, con cui sono state stanziare risorse finalizzate al recupero delle prestazioni sanitarie sospese e delle liste di attesa;
- DGRV 1788/2021, che prevede tra le altre cose che, una volta rientrati in FASE 1 della emergenza, le risorse possano essere utilizzate per il recupero delle prestazioni sospese;
- DGRV 101/2022 con cui è stato previsto per ciascun anno del triennio 2022-2024, l'assegnazione ad Azienda Zero di un finanziamento massimo complessivo pari a € 10.000.000,00 per la copertura delle eventuali quote aggiuntive annuali, rispetto ai tetti di spesa assegnati agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali, richieste dall'Azienda ULSS territorialmente competente per superare criticità che dovessero emergere nel rispetto dei tempi di attesa e nel recupero delle prestazioni sospese e in "galleggiamento";
- DGRV 162/2022 con cui è stato disposto di procedere alla rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui alle deliberazioni n. 1329/2020 e n. 1061/2021. L'attuazione del Piano prevede per il suddetto recupero un finanziamento per l'attivazione di prestazioni aggiuntive e un finanziamento per il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati. L'azienda ha provveduto come disposto, approvando il proprio piano con deliberazione del Direttore Generale n. 248/2022.
- DGRV n. 822 del 4 luglio 2023 che ha assegnato per l'anno 2023 alle Aziende Ulss l'importo massimo di

29.182.854,00 euro, in linea con le previsioni della normativa nazionale sopracitata, finalizzato alla riduzione delle criticità delle liste di attesa relative alle prestazioni c.d. traccianti di attività specialistica ambulatoriale

Per quanto concerne l'anno 2023, l'Azienda ha presentato un Piano congiunto con AOUI di Verona, nel quale a fronte di un significativo aumento dell'attività si prevedeva di ridurre le prestazioni in "galleggiamento". Il Piano, attualmente nelle sue fasi finali, per l'ULSS 9 prevede la seguente spesa:

Tabella 7 - Piano operativo aziendale 2023 per la riduzione delle liste d'attesa integrato con AOUI di Verona

MODALITA' ORGANIZZATIVE	Spesa prevista
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	
2A. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DIRIGENZA	€ 141.080,00
2B. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE COMPARTO	€ 59.000,00
3. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	€ 967.200,00
4. COMMITTENZA SAI	
5. ACCORDI INTERAZIENDALI	
6. Accordo con AOUI: PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	
7. Accordo con AOUI: PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DIRIGENZA	€ 568.214,50
8. Accordo con AOUI: PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE COMPARTO	€ 394.738,88
Totale prestazioni prenotate Ulss (inclusi privati) + AOUI	€ 2.130.233,38

Le risorse per la committenza al privato accreditato, sono poi state incrementate, con DDR n. 118 del 19 settembre 2023, di € 249.689,38 e, da ultimo, con DDR n. 145 del 26 ottobre 2023, di ulteriori € 63.345,00.

Il Piano ha permesso di governare nel complesso il fenomeno delle prestazioni in galleggio, ma non di azzerarlo (in tabella le prestazioni che al 16/1/2024 ancora risultavano in galleggio in ULSS 9 ed in AOUI, assieme all'obiettivo fissato per il 2024.

Azienda	Classe	Situazione 16.01.2024	Obiettivo Galleggiamenti
ULSS 9	Classe D (30 giorni)	1.852	1.100
	Classe P (90 giorni)	2.000	2.000
	Prestazioni non traccianti	1731	850
AOUI	Classe D (30 giorni)	1.435	800
	Classe P (90 giorni)	371	370
	Prestazioni non traccianti	95	100

Per il 2024 la Regione ha reso noto che saranno previste risorse nella misura dello 0,4% del Fondo per finanziare prestazioni aggiuntive per recupero liste d'attesa, come da disegno di legge di bilancio statale 2024.

Gli obiettivi relativi al rispetto dei tempi d'attesa riguardano un ventaglio di responsabilità molto ampio, ed è complesso individuare i confini e gli esiti delle singole azioni. Come Unità Operativa Capofila sono state individuate la UOS Specialistica e le UU.OO.CC. DMO, ma al fine di raggiungere l'obiettivo è impossibile non coinvolgere le Unità delle Cure Primarie, che possono influenzare le prescrizioni dei MMG, nonché le strutture che gestiscono i rapporti con i privati accreditati.

3.2.8 Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L'azienda Ulss 9 negli ultimi anni ha presentato alcune criticità in merito al puntuale rispetto dei limiti di costo fissati da Azienda Zero.

Per tutti i limiti di costo l'azienda ha sempre posto in essere un attento monitoraggio e l'assegnazione dei budget alle unità operative ospedaliere e territoriali. Gli eventuali scostamenti sono oggetto di valutazioni e azioni correttive per ricondurre i costi aziendali all'interno degli standard regionali.

I limiti di costo regionali per i beni sanitari e farmaceutica convenzionata riguardano:

- Farmaci Acquisti Diretti
- Dispositivi Medici (Esclusi IVD)
- Dispositivi Medici in vitro (IVD)
- Farmaceutica convenzionata
- Protesica Pro-Capite
- Integrativa Pro-Capite
- Personale
- DPC Farmaci
- DPC Dispositivi Medici
- DPC IVD

Per il 2024 la Regione non ha ancora definito i limiti di costo, e nessuna indicazione specifica è stata data nelle linee guida per la redazione del BEP, diversamente dall'anno precedente dove erano stati indicati importi "provvisori" per i conti interessati.

In considerazione di quanto chiesto dalla Regione nella nota prot. 609136 del 10/11/2023 in merito all'inderogabilità del limite di costosità massima anno 2024 (€ 2.013.301.952,70 costo di produzione + imposte e tasse BEP aggiornato 2023), e tenendo conto del fatto che non sono previsti incrementi particolari di attività, nel Conto Economico Preventivo sono stati iscritti importi in linea con i limiti di costo stabiliti dalla regione per l'anno 2023, in attesa della definizione di quelli per l'anno 2024.

Tuttavia, si fa presente che il trend di spesa 2023 in alcune situazioni (in particolare per i DM) porterà ad un supero del tetto stabilito in ragione dell'andamento dell'attività in continuo incremento dopo il periodo emergenziale, e che pertanto qualora non ci fosse un adeguamento degli importi per l'anno 2024 da parte della regione, tali limiti costituirebbero un obiettivo sfidante.

Si riportano di seguito i limiti di costo 2023, i valori BEP aggiornato 2023 e del BEP 2024, per i conti distintamente enucleabili dal conto economico, mentre per i valori pro-capite e per la DPC (ricompresa indistintamente nei conti delle Poste R) si riportano i limiti regionali anno 2023 e le stime degli ordinatori di spesa per il 2023 (aggiornata a settembre 2023) e per il 2024.

Tabella 8 - Limiti di Costo 2023 Decreto n.23 del 21 luglio 2023, BEP aggiornato 2023 Del. Dir. Gen. 1122 del 19/09/2023, BEP 2024

	LIMITI DI COSTO 2023	BEP 2023 aggiornato	BEP 2024
FARMACI ACQUISTI DIRETTI	€ 53.129.394 + Farmaci innovativi per € 4.047.809 (totale: € 57.177.203)	€ 60.271.531 inclusivo dei farmaci innovativi	€ 57.177.203
DISPOSITIVI MEDICI (esclusi IVD)	€ 30.601.581	€ 34.183.583	€ 30.601.581
IVD	€ 11.504.297	€ 13.332.422	€ 11.504.297
FARMACEUTICA Convenzionata	€ 90.953.624	€ 95.678.282,52 (inclusivo della remunerazione aggiuntiva alle farmacie territoriali)	€ 90.953.624

Tabella 9 - Limiti di Costo 2023 Decreto n.23 del 21 luglio 2023, Previsione ordinatori di spesa anno 2023 e 2024

	LIMITI DI COSTO 2023	Previsione 2023 a Settembre 2023 (ordinatori di spesa)	Previsione 2024 (ordinatori di spesa)
PROTESICA PRO-CAPITE	€ 9,50	€ 12,40	€ 9,5
INTEGRATIVA PRO-CAPITE	€ 16,50	€ 20,90	€ 16,50
DPC Farmaci	€ 36.402.782	€ 35.770.904	€ 38.200.000
DPC Dispositivi Medici	€ 2.986.740	€ 4.165.000	€ 4.200.000
DPC IVD	€ 1.146.275		

FARMACI ACQUISTI DIRETTI

Per i farmaci acquisti diretti, dal 2022 l'obiettivo è stato ulteriormente esplicitato nel dettaglio elencando quali sono gli incrementi percentuali consentiti per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa, e indicando i potenziali risparmi derivanti da:

- perdite di brevetto e acquisti in concorrenza di alcuni principi attivi,
 - maggior utilizzo di biosimilari a minor costo,
 - maggior utilizzo di bevacizumab intravitale,
- sui quali le aziende verranno poi specificamente valutate.

DISPOSITIVI MEDICI e IVD

Per quanto riguarda invece i Dispositivi Medici è necessario considerare che la spesa del 2023 evidenzia già un andamento che molto probabilmente supererà il limite di costo (definito pari alla spesa 2022), principalmente in ragione dell'andamento dell'attività ospedaliera in particolare quella chirurgica (a settembre, +13% rispetto al 2022), che anche nel 2023 ha recuperato ulteriori margini di produttività dopo il periodo emergenziale, con conseguente maggior utilizzo di protesi e presidi chirurgici; inoltre si sta osservando negli ultimi anni un continuo incremento della spesa territoriale, indotta da az. Osp. VR e altri centri prescrittori esterni, per i pazienti con microinfusore che necessitano di materiale accessorio consumabile (nei 9 mesi 2023 +20% di spesa DM rispetto al 2022).

Anche per i materiali diagnostici in vitro (IVD) il tetto 2023 sembrerebbe non essere capiente rispetto all'andamento della spesa, che vede un maggior consumo di dispositivi diagnostici a fronte di un incremento di domanda di prestazioni di Laboratorio (nei 9 mesi 2023, +17% rispetto 2022).

FARMACEUTICA TERRITORIALE

Negli ultimi anni questo obiettivo di spesa si è rivelato di difficile raggiungimento.

Da dicembre 2023 parte il progetto pilota con i MMG del distretto 1 che prevede l'erogazione dei farmaci ai pazienti in ADIMED attraverso la distribuzione domiciliare. Nel corso del 2024 tale modalità dovrebbe entrare a regime in tutto il territorio dell'Ulss 9 con una stima della riduzione di spesa per la convenzionata di circa 600.000 di euro.

MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Parallelamente agli obiettivi di sostenibilità economica, sono assegnati alle aziende anche obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza nel consumo di farmaci e dispositivi, che concorrono anch'essi all'efficienza della spesa, in particolare fra gli altri:

- **Riduzione dei Farmaci di Fascia C in distribuzione diretta (flusso ddf3):** il consumo procapite dovrà essere inferiore alla media delle tre ULSS meglio performanti anno 2022.
- **Riduzione consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti:** già previsto come indicatore rilevante ai fini del rispetto a livello ministeriale dei LEA, la verifica riguarda l'analisi del consumo degli antibiotici sistemici in ambito territoriale valutati come farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti e prenderà in considerazione i consumi derivanti dai flussi della farmaceutica pertinenti. Il valore dell'indicatore per il 2023 dovrà dimostrare una riduzione del consumo > 4% o essere inferiore alla media 3 migliori performance 2022

PRO-CAPITE ASSISTENZA PROTESICA E PRO-CAPITE ASSISTENZA INTEGRATIVA

Il raggiungimento dell'obiettivo pro-capite per questi due livelli di assistenza è risultato sempre piuttosto critico. Come si vede dalla tabella l'importo stimato per l'anno 2023 si discosta dal tetto stabilito, con uno sfioramento del 30% per la protesica e del 27% per l'integrativa. Inoltre tale spesa risulta in incremento anche rispetto all'anno precedente (per l'anno 2022 i valore erano rispettivamente € 10,84 per protesica e € 19,40 per integrativa).

Per l'assistenza protesica il motivo dell'incremento è dovuto a: incremento dei prezzi dei presidi protesici ex gara regionale causa aumento costi materie prime, incremento generalizzato delle richieste di dispositivi per la ventilazione, mancato rinnovo della gara che prevedeva la gestione full risk a domicilio degli presidi elettromedicali di proprietà dell'Ulss che ha portato alla sostituzione di questi con prodotti a noleggio.

Per migliorare la performance di questo indicatore si stanno attuando azioni correttive che proseguiranno anche per il 2024, in particolare:

- a) Riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini integrandoli tra loro;

- b) Condivisione di criteri di appropriatezza con gli specialisti, sulla base anche di quanto previsto dal decreto 163/2022 del 02 Dicembre 2022 e DGR 717 Giugno 22/06/ 2023;
- c) Controllo e verifica clinica di tutte le prescrizioni;
- d) Applicazione Legge 729/2018 sull'erogazione dei presidi standard presso i Centri Servizi;
- e) Controllo e verifica della spese dei presidi presenti nell'allegato 5 elenchi 2a - 2b non soggetti alla gara regionale ed autorizzabili alla miglior offerta .

Per l'assistenza integrativa il motivo del maggior costo è legato principalmente ad una maggiore prevalenza di pazienti con celiachia rispetto alla media regionale, ad una maggior utilizzo del Flash Glucose Monitoring rispetto alla media regionale con una induzione di più del 50% di prescrizione da parte di strutture esterne (AOUI, Negrar, Pederzoli), all'aumento del 22% del costo giornaliero degli ausili assorbenti oltre che aumento degli assistiti che utilizzano tali ausili.

Gli obiettivi relativi al rispetto dei tetti, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere, l'UOC Servizio Farmaceutico territoriale e l'UOS Protesica (in seno alla UOC DAT), ma ovviamente gli obiettivi di contenimento dei costi sono assegnati a tutte le Unità, in particolare quelle Ospedaliere, che generano costi di rilievo.

3.2.9 Rispetto del livello di costosità programmata regionale

La nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023 ha determinato il limite di costosità massima programmata per il 2024 nei seguenti termini:

la somma dei "costi della produzione" e dell'aggregato "imposte e tasse" non deve superare il valore di 2.013.301.952,70 euro.

La tabella seguente dimostra l'avvenuto sostanziale rispetto di questo limite in sede di Preventivo 2024

Tabella 10 - Rispetto del livello di costosità programmata

	Bilancio Preventivo 2024
Costi della produzione	1.990.578.864,12
Imposte e tasse	22.761.527,75
Totale valore Bep 2024	2.013.340.391,87
Vincolo espresso nella nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023	2.013.301.952,70
Differenza	38.439,17

Lo scostamento rispetto il limite è trascurabile tanto che Azienda Zero con propria email del 15.12.2023, in aderenza alla procedura prevista dalla nota di Azienda Zero protocollo n. 29580 del 20.11.2023, sentita la Direzione regionale competente, ha comunicato il nulla osta alla redazione del BEP 2024 secondo i prospetti economici trasmessi dall'Azienda Ulss 9 Scaligera che riportavano appunto i valori citati nella tabella precedente.

Come è emerso nella lettura della relazione sono stati presi in considerazione varie modalità per le stime dei costi e tra queste è significativamente rilevante segnalare che le previsioni 2024 su specifici aggregati di spesa sono pari ai valori obiettivo fissati da Azienda Zero, sebbene in alcuni casi ancora non aggiornati al 2024 e relativi quindi al 2023.

L'analisi della costosità aziendale è stata oggetto di specifico capitolo della Relazione al Bilancio Preventivo (<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=11660>) pagine 48-50 cui si rimanda per approfondimenti.

Gli obiettivi relativi al rispetto dell'equilibrio economico verranno assegnati, in forme anche molto diverse, a tutte le Unità che generano costi di rilievo, ed in particolare alle Unità Operative centro di liquidazione. Come Unità Operativa Capofila è stata indicata la UOC Contabilità e Bilancio, non perché possa determinare i valori di bilancio tramite proprie scelte, ma perché funge da unità di monitoraggio e capace di segnalare le anomalie e le priorità di intervento.

3.2.10 Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr

L'Obiettivo intende aumentare la condivisione dei documenti clinici con il paziente e con gli altri professionisti sanitari tramite il FSEr.

Di seguito sono riportati gli Indicatori di alimentazione del FSE:

- N. lettere di dimissione ospedaliera indicizzati/ N. ricoveri (Fonte SDO)
- N. verbali di Pronto Soccorso indicizzati/ N. accessi Pronto Soccorso (Fonte Emur, accessi al ps al netto degli abbandoni)
- N. referti di Laboratorio indicizzati/N. prestazioni di Laboratorio erogate (Fonte Flusso SPS escluso Screening)
- N. referti di Radiologia indicizzati/N. prestazioni di Radiologia erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. referti di Anatomia Patologica indicizzati/N. di prestazioni di Anatomia Patologica erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati/N. di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. Totale dei documenti indicizzati (Σ numeratori precedenti)/N. di prestazioni erogate (Σ denominatori precedenti)/
- N. cittadini con certificato vaccinale indicizzato/N. residenti (Fonte Aur)

Per il 2023 la media ponderata degli indicatori doveva superare un parametro storico aziendale, definito in base agli obiettivi del PNRR affidati a Regione Veneto, pari al 49,05%. Per l'anno 2024 l'Azienda garantirà gli standard previsti nel 2023 o gli eventuali standard revisionati, in base ad eventuali richieste ed aggiornamenti regionali.

Gli obiettivi relativi al FSEr vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi, naturalmente coinvolta nella gestione degli aspetti tecnici, ma verranno assegnati a tutte le Unità che devono essere coinvolte per una buona alimentazione del Fascicolo (Unità Ospedaliere) ed un suo corretto utilizzo da parte di MMG/PLS (Unità Territoriali) e dei cittadini (Unità preposte alla comunicazione).

3.2.11 Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero

Tutte le aziende del Veneto sono state chiamate ad implementare, secondo specifica programmazione regionale, il nuovo Sistema informativo Ospedaliero.

Superata la fase iniziale e prodromica, l'Azienda ha presentato uno specifico piano aziendale di implementazione delle attività previste per l'avvio del SIO e relazione periodicamente ad Azienda Zero sullo stato di avanzamento delle seguenti attività:

- Integrazione dei software da collegare al SIO e relativa attività di test di funzionamento delle stesse (Projectaton);
- Attività relative alla bonifica delle anagrafiche e integrazione con l'anagrafe centrale regionale "Anagrafe 2.0";
- Garantire la necessaria infrastruttura necessari al funzionamento del SIO, in particolare per quanto riguarda la connettività;
- Effettuare e verificare le necessarie attività di configurazione;
- Estrarre, caricare e verificare i dati transazionali necessari a garantire la continuità dell'attività;
- Formazione dei super utenti e di tutti gli altri operatori all'utilizzo del nuovo software;
- Verifica funzionale e collaudo del SIO.

La relazione prevede per ogni azione le date di inizio/fine.

La programmazione concordata da questa azienda con Azienda Zero prevedeva l'avvio del SIO presso l'ex AULSS 21 il 27 gennaio 2024 e a seguire l'ex AULSS 22 e l'ex AULSS 20, ma le difficoltà tecniche affrontate nell'implementazione del SIO presso l'AOUI di Verona non consentono di mantenere le date fissate.

Dopo il collaudo dell'installazione dell'AOUI di Verona, prevista all'inizio del 2024, verranno ridefinite le date di avvio per l'ULSS 9 mantenendo l'ordine di partenza previsto e precisamente:

1. Legnago e Bovolone;
2. Villafranca, Bussolengo e Malcesine;
3. San Bonifacio e Marzana.

Gli obiettivi relativi al SIO vedono nuovamente come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi, ma tutte le Unità ospedaliere coinvolte dovranno sostenere il processo di introduzione, in primo luogo effettuando la formazione necessarie e modificando le proprie prassi operative. Anche il Controllo di Gestione e l'ufficio qualità saranno chiamati a supportare l'introduzione secondo le proprie competenze.

3.2.12 Rispetto degli standard di sicurezza: Cyber security

La V Commissione Consigliare della Regione del veneto, tra gli obiettivi di programmazione che ritiene di considerare per la parte di competenza della valutazione del Direttore generale, ha inserito l'obiettivo F2 "Implementazione gestione Cyber security: Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria".

L'azienda ha pertanto predisposto un piano specifico tramite il quale vengono pianificati gli interventi necessari a proteggere i sistemi informatici da intrusioni illecite. La metodologia di gestione della sicurezza "Defense in Depth" implica la definizione e la gestione di livelli che vanno a coprire l'intero sistema informativo aziendale e che hanno al centro il dato informatico. Le tecnologie coinvolte sono numerose (Firewall UTM, segmentazione in VLAN, gestione delle credenziali di accesso IAM, SIEM, WAF, IPAM, SOAR ecc.,ecc.) e vanno a coprire tutti i livelli coinvolti. Ad integrazione della strategia "Defense in Depth", il piano aziendale prevede anche un approccio "Zero-Trust Access". In questo caso la filosofia sottostante considera ogni apparato (anche se di proprietà dell'ente) o utente connesso alla rete come potenzialmente malevolo, senza distinzioni tra perimetro esterno o interno all'azienda.

Il piano che prevede 30 differenti progetti, ed ha un costo di € 5.011.186,67 nel periodo 2022-2025.

L'aumentare e il perdurare degli attacchi informatici ai sistemi sanitari e l'esperienza maturata suggeriscono di estendere le strategie e i metodi fin qui descritti a tutti gli ambiti informatici in collaborazione con gli altri servizi. Gli ospedali si sono sempre più arricchiti di apparati tecnologici che hanno superato i concetti di meri strumenti "elettromedicali" al punto che lo stato dell'arte della tecnologia propone prodotti in architetture ibride on-premise e cloud con tutti i vantaggi e i rischi che ciò comporta. E' necessario che l'azienda adotti le migliori misure di sicurezza per la protezione dei dati al fine di garantire l'operatività di 24 ore su 24 di tutte le attività mediche, sanitarie, tecniche e amministrative che utilizzano sistemi informatici.

Anche gli obiettivi relativi alla cybersecurity vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi in quanto responsabile dello sviluppo della strategia e della realizzazione delle infrastrutture. Obiettivi in questo senso saranno assegnati anche alle Unità Operative che presentano i rischi maggiori.

3.2.13 Formazione del Personale: Digitalizzazione

Nella direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 23 marzo u.s., avente oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione al digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", si ribadisce che lo sviluppo delle competenze individuali crea valore non solo per il singolo dipendente, ma anche per l'amministrazione nel suo complesso, che aumenta la sua performance, e per i cittadini e le imprese, grazie al miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Il documento specifica che il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dei dipendenti offre anche in termini di "risultati conseguiti e valutazione positiva" elementi rilevabili per le progressioni professionali all'interno della stessa area e fra le aree o qualifiche diverse.

Al fine di dare ai dipendenti l'opportunità di inserirsi in un percorso formativo individuale ma valutabile in termini di risultato, l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha pubblicizzato il percorso "Syllabus delle competenze digitali per la PA", a cui hanno aderito in 1019 dipendenti, di cui il 65,16% ha frequentato o frequenta attivamente i percorsi formativi.

Gli obiettivi relativi alla formazione in tema di digitalizzazione vedono come Unità Operativa Capofila l'UOS formazione, ma un ruolo importante è svolto dall'ufficio Innovazione. Tutte le Unità Amministrative coinvolte nella transizione digitale, dovranno farsi carico di promuovere l'accesso al percorso del Syllabus.

3.2.14 Attuazione del PNRR

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU). È un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

Il dispositivo RRF ha richiesto agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo Piano, che si articola in sei Missioni e 16 Componenti, beneficia della stretta interlocuzione avvenuta in questi mesi con il Parlamento e con la Commissione Europea, sulla base del Regolamento RRF. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. Il Piano è in piena coerenza con i sei pilastri del NGEU e soddisfa largamente i parametri fissati dai regolamenti europei sulle quote di progetti "verdi" e digitali.

La Regione del Veneto, con la DGR n. 1529 del 17 novembre 2020 "Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) "ha definito il proprio piano ed avviate le prime fasi di attuazione, che per il SSR riguardano in modo particolare:

- a) M6C1 – Inv.1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona
- b) M6C1 – Inv.1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- c) M6C1 – Inv.1.3 Ospedali di Comunità
- d) M6C2 – Inv.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero
- e) M6C2 – Inv.1.2 Ospedale sicuro e sostenibile
- f) M5C2 – Inv.1.1 sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

Con successiva DGR n. 368 del 08/04/2022, la Regione del Veneto ha approvato gli interventi per la realizzazione del Piano regionale in attuazione del PNRR – Missione 6 Componenti Investimento 1 e 2; individuati i soggetti delegati all'attuazione degli interventi; fornite le prime indicazioni operative ed organizzative per la realizzazione del Piano.

In particolare sono stati definiti gli interventi per le seguenti linee di investimento:

- Componente 1 investimento 1.1 Case della Comunità;
- Componente 1 investimento 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT) (lavori, interconnessione aziendale, device);
- Componente 1 investimento 1.3 Ospedali della Comunità;
- Componente 2 investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero;
- Componente 2 investimento 1.2 Verso un Ospedale sicuro e sostenibile.

Con DGR n. 622 del 27/05/2022 sono stati approvati gli aggiornamenti agli interventi per la realizzazione del Piano regionale in attuazione del PNRR – Missione 6 Componente Investimento 2, di cui alla citata DGR n. 368/2022, unitamente all'approvazione dello schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), all'individuazione del soggetto sottoscrittore dello stesso, alla nomina del Referente unico di Parte e alla definizione delle attività in capo al soggetto attuatore e ai soggetti attuatori delegati.

Al fine di rafforzare l'impegno alla realizzazione delle progettualità del Piano regionale in attuazione del PNRR, con DGR 1702 del 30/12/2022, che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2023, sono assegnati specifici obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Istituti del SSR. Nello specifico, nell'ambito della linea strategica "S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza", sono stati individuati i seguenti obiettivi/indicatori:

- S.3.D.1 M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023;
- S.3.D.2 M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023;
- S.3.D.3 M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023;
- S.3.O.1 M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024;
- S.3.S.1 Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico;

- S.3.S.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP;
- S.3.S.3 Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt.

L'Ulss 9, al fine di attuare le progettualità del piano nel rispetto delle scadenze previste, si è dotata di idoneo strumento informatico per la creazione, la pianificazione e la gestione dei task e delle deadline di progetto (regionali ed europee). Tali cronoprogrammi sono periodicamente controllati e validati dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettive di Regione Veneto.

Gli obiettivi relativi al PNRR vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali per la parte Edilizia, l'UOS Ingegneria Clinica e l'UOC Sistemi Informativi per le altre aree.

3.2.15 Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Come riportato nella specifica sezione del PIAO, viene specificato che saranno perseguite le seguenti linee di intervento:

- OBIETTIVO Regionale E.3.S.2. : Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione – attraverso interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente" pubblicate sul sito istituzionale, promuovendo, al contempo, la tempestività degli adempimenti;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT3: Fornire un supporto giuridico e metodologico agli uffici nella trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato, in particolare sulle decisioni assunte dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.

Questi Obiettivi vedono come Unità Operativa Capofila l'UOS Trasparenza Anticorruzione E Servizi Ispettivi, ma sono assegnati secondo la presenza di rischi specifici, a tutte le Unità Operative Amministrative, della Prevenzione e Territoriali che gestiscono processi sensibili sul piano dell'anticorruzione e della trasparenza.

3.3 Le Aree Strategiche

L'Azienda integra tutti i propri obiettivi strategici in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici.

Tabella 2 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

Area Strategica 1	Erogazione dei LEA
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
Area Strategica 2	Sostenibilità economico-finanziaria
Macro-obiettivo 2.1	Equilibrio Economico
Macro-obiettivo 2.2	Limiti di Costo
Macro-obiettivo 2.3	Gestione delle risorse finanziarie
Area Strategica 3	Informatizzazione e Flussi Informativi
Macro-obiettivo 3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico
Macro-obiettivo 3.2	Qualità e Completezza dei Flussi Informativi
Area Strategica 4	Organizzazione Aziendale
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

3.4 Documento delle Direttive 2024

La seguente tabella riporta gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati all'Azienda dal livello regionale.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Vengono individuate per ogni indicatore:

- La Direzione Strategica di riferimento (DA, DS o DSS);
- L'Unità Operativa "Capofila" che 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.

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'Unità (o le Unità) operativa capofila non è l'unica Unità Operativa coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo, né ne rappresenta il responsabile diretto (benché possa anche avere un ruolo più o meno diretto nel raggiungimento), ma rappresenta la struttura che può identificare la strategia aziendale per il perseguimento dell'obiettivo, nonché riferire alla Direzione sull'andamento.

LEGENDA

DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P01C)	Indicatore presente nell'ultima DGR di assegnazione degli obiettivi annuali di Salute e Funzionamento delle Aziende del SSR Veneto
Obiettivi 2023/2024 V Commissione C1	Indicatore presente tra gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consiliare
DGR 1702/2022 S.1.O.1	Indicatore presente in DGR di anni precedenti ritenuto ancora attuale

** l'UOC Sistemi Informativi è capofila naturale per gli obiettivi delle attività propedeutiche al SIO. A seguito dell'avvicendamento del Dirigente responsabile dell'UOC, il coordinamento di tali attività è rimasto assegnato al Precedente Dirigente (Attualmente responsabile dell'UOC Internal Auditing), come obiettivo di carattere personale.*

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Area Strategica 1: Erogazione dei LEA								
Macro-obiettivo 1.1 Prevenzione	Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P01C)	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,50%	95,70%	≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 A.1.P.2 (P02C)	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,20%	94,90%	>=95%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza)	44,00%	51,80%	>60%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Pneumococco)	58,64%	54,61%	>55%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Herpes Zoster)	57,31%	53,21%	>50%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	54,00%	80,01%	>=80%	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 1682/2023 A.1.P.1 (P15C_m)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	61,40%	54,70%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C2_m)	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P16C)	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	14,77%	22,00%	<25%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P16C_PRE)	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	n.d.	12,90%	<20%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C_u)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	56,10%	48,70%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C_c)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	49,20%	59,60%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C2_c)	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
	Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P08Z)	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	n.d.	100,00%	>=95%	DS	Direttore di Dipartimento della Prevenzione
		DGR 1682/2023 Q.2.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	Soddisfatti criteri adempienza	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UOC SPISAL
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P10Z)	P10Z - 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.	n.d.	87,50%	100%	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P12Z)	P12Z - Copertura delle principali 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	n.d.	n.d.	100 % (soglia di inaccettabilità 90% per ogni tipologia)	DS	UOC SIAN e UOC Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e dei loro Derivati (Vet B)
	Obiettivo 1.1.5: interventi di Prevenzione dei fattori di rischio per la salute	DGR 1682/2023 Q.3.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Soddisfatto	1,00	Svolgimento attività secondo programmazione regionale	DS	UOC SISP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione A1	Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale DGR n. 766 del 29 giugno 2022 "Approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale: integrazione alla D.G.R. n. 187/2022"		Raggiunto	Rispetto programmazione	DSS	UOC SISP
		Obiettivo Aziendale	Implementazione delle Azioni previste dal Piano della Prevenzione Aziendale 2020-2025	n.d.	n.d.	Soddisfazione dei criteri previsti dal Piano di prevenzione Aziendale (PPA)	DS	Direttore di Dipartimento della Prevenzione
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P14C)	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	37,00%	%	Soglia determinata sulla base delle distribuzioni dei dati	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
Macro-obiettivo 1.2 Assistenza Territoriale	Obiettivo 1.2.1: Attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	DGR 1702/2022 Q.5.D.1	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UOS Specialistica, UU.OO.CC. Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 Q.5.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS	UOS Specialistica, UU.OO.CC. Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22	DS	UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1702/2022 Q.5.D.6	Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS)>99%	n.d.	96,18%	Prosecuzione progettualità	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente		n.d.	>= 10%	DS	UOC Direzione professioni Sanitarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 S.3.S.7	PNRR: "Telemedicina"		n.d.	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DS/DA	UU.OO.CC. Distretti e DMO
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B5	Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità DGR n. 136/2022 PAGR 132 (DGR 4/CR del 1 febbraio 2022)	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	100%	DSS	UU.OO.CC. Distretti e UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie	Obiettivi 2023/2024 V Commissione B1 (a)	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Rispetto programmazione regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie e UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B1 (b)	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Rispetto programmazione regionale	DS/DA	UOC Cure Palliative UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 1682/2023 S.3.S.7	% anziani >=65 anni trattati in ADI	6,09%	6,70%	>10%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_1)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	3,2	3,51	≥ 4	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_2)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	2,3	2,59	≥ 2,5	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_3)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	2,5	2,94	≥ 2	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D30Z)	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	50,79%	51,45%	≥ 55%	DS	UOC Cure Palliative ed UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.1.D.2(B4.1.1A_RV)	B4.1.1A_RV - Consumo di oppioidi sul territorio >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	3,27 e -0,1%	3,58	>4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	DS	UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC Cure Primarie e UOC Cure Palliative
		DGR 1682/2023 Q.5.D.3 (B4.1.1A_RV)	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D03C)	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	223,13	211,88	≤ 343	DS	UU.OO.CC Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
	Obiettivo 1.2.6: Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D04C)	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	37,50	44,27	≤ 109	DS	UU.OO.CC. IAF e UU.OO.CC. Distretti
Macro-obiettivo 1.3 Assistenza Ospedaliera	Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Urgenza Emergenza secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D09Z)	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	17	17	≤ 18 minuti	DS	UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera
		DGR 1682/2023 Q.5.D.2 (Q.5.D.2)	D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	n.d.	95,26	≤ 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	DS	DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H05Z)	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	90,05%	91,02%	>= 90%	DS	DMO e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (prostata)	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.1.O.2 (H13C)	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	63,54%	74,01%	>= 80%	DS	DMO e UU.OO.CC. Ortopedia
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H18C)	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	16,60%	19,40%	<= 20%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H17C)	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	19,17%	17,91%	<= 15%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1682/2023 Q.8.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	n.d.	0,00%	<=4%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1702/2022 A.2.O.1	C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici	0,520	0,71	Mantenimento	DS	DMO e Dipartimenti Internistici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H04Z)	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	14,00%	17,00%	<= 15%	DS	DMO e UOC Nucleo Aziendale di Controllo
		DGR 1682/2023 E.4.S.2 (no)	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS/DA	DMO e UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivo Aziendale	Adozione strumenti di valutazione dei pazienti a rischio dimissione difficile	n.d.	n.d.	Compilazione della scala di Brass per tutti i pazienti >65 anni attraverso sistema informatizzato (sistema Advenias) >70%	DS/DA	UOC Direzione professioni Sanitarie
	Obiettivo 1.3.3: Rispetto degli standard delle reti tempo dipendenti	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (no)	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOC Neurologia Legnago
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D01C)	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA
		DGR 1682/2023 A.2.O.1(donat1)	Segnalazione potenziali donatori di organo	n.d.	n.d.	presidi senza neurochirurgia > 0,6	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (donat2)	Candidati trapianto rene da donatore vivente	n.d.	n.d.	>= 5 coppie valutate	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (donat3)	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	n.d.	n.d.	<37,5%. E' consentito un valore superiore fino al +5% della soglia purché si registri un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D02C)	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	n.d.	17,31	<18	DS	Dipartimento Funzionale di Cardiologia

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H08Za)	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"	n.d.	Soddisfatto	>=15%	DS	UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e UOC Medicina Trasfusionale
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H08Zb)	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	n.d.	Soddisfatto	Invio semestrale report entro 31/07/2023 e 31/01/2024	DS	UOC Medicina Trasfusionale e UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B6	Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore DGR n. 614/2019	n.d.	Soddisfatto	cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti	DS	Dipartimento Materno-Infantile
	Obiettivo 1.3.6: Crescita della qualità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici area Tumori	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H02Z)	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	61,08%	76,21%	> 90%	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
DGR 1682/2023 A.1.O.1 (H03Z)		H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	n.d.	6,92%	< = 8% punteggio pieno; 8% < Indicatore<= 12% punteggio parziale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici	
DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA06.2_BIS)		PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)	53,85	34,54	>= 50 o in miglioramento rispetto all'anno precedente	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici	
DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA07)		PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	92,62	89,47	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA09)	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	94,59	91,3	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (C10.3.1)	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivi 2023/2024 V Commissione D1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo DGR 162 del 22/02/2022 Rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa	Attuazione Piano	Attuazione Piano	Raggiungimento degli Obiettivi del Piano	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	>90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	Almeno 60% dei codici prestazione con rispetto > 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	Almeno 85% dei codici prestazione con rispetto > 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	n.d.	1.852	1.100	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	n.d.	2.000	2.000	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	n.d.	1.731	850	DS	UOS Specialistica e DMO

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa		DGR 1682/2023 S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	n.d.	n.d.	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	UOS Specialistica e DMO
	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D10Z)	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	93,78%	89,88%	>= 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa		DGR 1682/2023 S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	n.d.	accordo sottoscritto	Si (come da vademecum)	DS	UOS Specialistica e DMO
	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 958/2021 O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019	92%	n.d.	100% per le prestazioni Traccianti	DS	Tutte le UOC Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 1702/2022 S.1.O.1	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità		Performance aziendale di miglioramento temo mendio e percentuale ricoveri nei tempi pari a 6 su 100	Mantenimento	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedaliere e Dipartimenti Chirurgici
Macro-obiettivo 1.6 Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale	Piani di Zona	Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Attività effettuata	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale
	Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale	DGR 1682/2023 Q.6.T.1	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DSS	UOC Sociale
Macro-obiettivo 1.6 Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D27C)	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	5,71	6,08	<= 5%	DSS	UU.OO. Dipartimento Salute mentale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D33Za)	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	55,49	53,71	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DSS	UU.OO.CC: Non Autosufficienza e UOC DAT
		DGR 1702/2022 Q.06.T.2	Attuazione Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer	Delibera adottata	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UU.OO. Neurologie
	Obiettivo 1.6.4: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Disabili	DGR 1682/2023 Q.9.S.1	Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014) nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini	0,04%	32,00%	< 10%	DSS	UU.OO.CC. Non Autosufficienza
	Obiettivo 1.6.6: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Tossicodipendenti	DGR 1702/2023 Q.06.T.6	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	n.d.	100,00%	Prosecuzione progettualità	DSS	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	Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa	Sì	n.d.	Effettuazione degli adempimenti previsti	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
	Obiettivo 1.7.3: Misurazione della qualità percepita dagli utenti	DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di rilevazione esperienza del paziente	n.d.	n.d.	Indicazioni Gruppo coordinamento o qualità (Dgr 49/22)	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing
		DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di sanità partecipata	n.d.	n.d.	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23)	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero DGR 49 del 25/01/22 Avvio del "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" E ISTITUZIONE DEL Gruppo di Coordinamento regionale L.R. n. 48/2018	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 1682/2023 Q.1.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	n.d.	n.d.	punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale	DS	UOS Osservatorio Infettivologico e UOS Risk Mangement
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H16S)	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOS Osservatorio Infettivologico e UOS Risk Mangement
Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria								
Macro-obiettivo 2.1 Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 1682/2023 E.S.PRE_1	Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato	Soddisfatto	n.d.	Vincolo espresso nella nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023 € 2.013.301.952,70	DA/DS/DS S	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo	DGR 1682/2023 E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Rispettato al 3 CECT	2,82%	Rispetto dell'equilibrio economico programmato	DA/DS/DS S	UOC Contabilità e Bilancio e tutte le UU.OO. Aziendali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	prefissato	DGR 1682/2023 Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS	DMO e tutte le UU.OO. Ospedaliere
Macro-obiettivo 2.2 Rispetto dei Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.1: Rispetto dei vincoli economici in materia di personale	DGR 1682/2023 E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale	Sospeso	€ 313.544.116,49	≤ € 316.394.155,61	DA	UOC Risorse Umane e UOC Direzione Professioni Sanitarie
		DGR 1682/2023 E.3.S.3	Valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA	UOC Risorse Umane
		DGR 1682/2023 S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	n.d.	n.d.	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	DA	UOC Risorse Umane
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione E3	Rispetto delle disposizione per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna Normativa di riferimento: DGR n. 1718 del 30 dicembre 2022, D.G.R. n. 132/CR del 31 dicembre 2022	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DSS	UOC Risorse Umane ED UOS Convezioni
	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 1682/2023 E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti	€ 53.182.494	€ 60.271.531 inclusivo dei farmaci innovativi	≤ €53.129.394 (+€ 4.047.809 innovativi) (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UU con consumi
		DGR 1682/2023 E.1.S.1	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci	€ 33.618.847	€ 35.770.904	≤ € 36.402.782 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UOC Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici	€ 30.316.985	€ 34.183.583	≤ € 30.601.581 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UU con consumi
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo IVD	€ 8.572.078 (esclusi beni ricevuti da Azienda Zero per Covid)	€ 13.332.422	≤ €11.504.297 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UU con consumi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici	€ 2.758.795	3.055.353,00 €	≤ € 2.986.740 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto dei limiti di costo per DPC IVD	€ 1.087.027,32	1.078.858,00 €	≤ € 1.146.275 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi
	Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale	DGR 1682/2023 E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata	€ 92.845.587	€ 95.678.282,52 (inclusivo della remunerazione aggiuntiva alle farmacie territoriali)	≤ € 90.953.624 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie
		DGR 1682/2023 E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Integrativa	19,40 €	8,46 €	≤ € 9,60	DS	UOC Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica	10,84 €	20,17 €	≤ € 16,50	DS	UOS Protesica
		DGR 1682/2023 A.1.D.1 (D14C_RV)	D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	10,02	consumo: € 12,2 per 1000 ab ; + 6,3% rispetto 2022	Riduzione del consumo > 4% o inferiore alla media 3 migliori performance 2022	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 Q.10.S.1 (D14C_RV)	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	n.d.	n.d.	≤ 52,2% o in miglioramento	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	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 709/2022 E.4.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	-15,69	-25,61	<-20	DA	Tutte UO con Centro Liquidatore
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 709/2022 E.4.S.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	1,00%	0,59%	0%	DA	Tutte UO con Centro Liquidatore
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 1682/2023 S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	0,00%	54,00%	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	DS/DA	UOC Sistemi Informativi
Macro-obiettivo 3.2 Qualità e Completezza dei Flussi Informativi	Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informatici	DGR 1682/2023 Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	2 indicatori critici su 58	7 indicatori critici su 58 a nov 2023	100%	DA/DS/DS S	UOC Controllo di Gestione
		DGR 1682/2023 Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR"	n.d.	n.d.	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	DA/DS/DS S	UU.OO.CC. Del Dipartimento di Riabilitazione, UOC Controllo di Gestione e UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	n.d.	n.d.	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	DA/DS/DS S	UU.OO.CC. Infanzia Adolescenza Famiglia, UOC Controllo di Gestione e UOC Sistemi Informativi
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero)	DGR 1682/2023 S.3.S.6	Avvio del SIO (Sistema Informativo Ospedaliero)	Scadenze rispettate	0,00%	Avvio SIO secondo la programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi*
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione F3	Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi*
Macro-obiettivo 3.3 Attuazione Piano per la Transizione Digitale	Obiettivo 3.3.1: Realizzazione progetti di digitalizzazione	Obiettivo Aziendale	Passaggio a HYBRID CLOUD per tutte le piattaforme WEB del sito istituzionale - applicativi web specifico fornitore	n.v.	n.d.	Secondo scadenza PNRR	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
		Obiettivo Aziendale	Potenziamento dei servizi on-line da parte dei cittadini	n.v.	n.d.	Secondo obiettivi operativi	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
		Obiettivo Aziendale	Presentazione istanze tramite interfaccia online ed automatica protocollazione ed assegnazione	n.v.	n.d.	Vedi specifica sezione PIAO	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
Macro-obiettivo 3.4 Cyber Security	Obiettivo 3.4.1: Rispetto degli standard di sicurezza	Obiettivi 2023/2024 V Commissione F2	Implementazione gestione Cyber security. Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria	n.v.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
Area strategica 4: Organizzazione Aziendale								

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Semplificazione e revisione delle procedure e dei processi	DGR 1682/2023 E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100,00%	n.d.	Soddisfare nei tempi previsti e in modo adeguato le richieste provenienti dal SVSS.	DA/DS/DS S	UOC Affari Generali
		DGR 1682/2023 Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOC DAT
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Semplificazione e revisione delle procedure e dei processi	Obiettivi 2023/2024 V Commissione C1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	Si	Raggiunto	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Affari Generali
	Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line	DGR 709/2022 E.5.S.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto	n.d.	0,59%	Aumento	DA/DS/DS S	UOS Specialistica e UOC Sistemi Informativi
	Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	DGR 1682/2023 E.4.S.1	Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie	Raggiunto	n.d.	indicazioni del Gruppo di lavoro	DS	UOSD Integrazione percorsi ospedalieri
Macro-obiettivo 4.2 Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.3: Miglioramento del Benessere organizzativo	DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Azioni per il miglioramento del Clima Interno	Effettuata indagine	0,00%	Indicazioni Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	DA/DS/DS S	UOC Risorse Umane
	Obiettivo 4.2.4: Formazione del Personale	DGR 1702/2023 S.3.S.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	n.d.	100,00%	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	UOS Formazione

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.2.5: Formalizzazione Job Description e sviluppo Competenze	Obiettivo Aziendale	Adozione delle Job Description e Bilanciamento delle competenze	n.d.	n.d.	Bilanciamento individuale delle competenze ed attivazione del percorso formativo specifico per la riduzione del gap formativo	DS/DA	UOC Direzione professioni Sanitarie
Macro-obiettivo 4.3 Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici	Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR	Obiettivi 2023/2024 V Commissione E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	n.d.	,00	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOS Ingegneria Clinica
		DGR 1682/2023 S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità"	Presentazione progetti definitivi	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	n.d.	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.1	PNRR: "Ospedali di comunità"	Presentazione dei progetti definitivi	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.6	PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.3.3: Gestione Investimenti	DGR 1682/2023 S.2.O.1	Realizzazione del NUOVO OSPEDALE di LEGNAGO	n.d.	100,00%	Rispetto delle milestone previste	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Macro-obiettivo 4.4 Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza	Obiettivo 4.4.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT	Disposizioni nazionali Anticorruzione	RPCT1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa	n.d.	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
		Disposizioni nazionali Anticorruzione	RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.	n.d.	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 1682/2023 E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Soddisfatti adempienti	Soddisfatti adempienti	Soddisfazione Adempienti	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
		Obiettivo Aziendale	RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione	Soddisfatti adempienti	Soddisfatti adempienti	Interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente"	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivo Aziendale	Aziendale RPCT3: Corretta trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato	Soddisfatti adempimenti	Soddisfatti adempimenti	Trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.5: Garantire il rispetto delle disposizioni normative nell'ambito della privacy	Obiettivo Aziendale	Adeguamento organizzativo ed applicazione nuovi regolamenti aziendali	Attività effettuata	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA	UOC Internal Auditing

* L'UOS Sistemi Informativi è capofila naturale per gli obiettivi delle attività propedeutiche al SIO. A seguito dell'avvicendamento del Dirigente responsabile dell'UOS, il coordinamento di tali attività è rimasto assegnato al Precedente Dirigente (Attualmente responsabile dell'UOC Internal Auditing), come obiettivo di carattere personale