



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA  
VERONA



(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R.Veneto n. 18/2009)

---

# Piano della Performance 2018-2020: Aggiornamento anno 2019

Delibera del Direttore Generale n. 71 del 31 gennaio 2019

# Indice

1. INTRODUZIONE .....	3
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO .....	5
2.1 L'Azienda "in cifre" .....	6
2.2 Il personale .....	7
2.3 Sintesi dell'andamento dei risultati economici .....	10
2.4 Tempi di pagamento ai fornitori .....	11
2.5 Il piano investimenti .....	12
2.6 Il Bilancio Economico Preventivo .....	12
2.7 La normativa di riferimento .....	13
3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI .....	14
4. ULTERIORI OBIETTIVI AZIENDALI .....	14
4.1 L'analisi del contesto esterno .....	14
4.1.1 Il Rapporto SDO 2016 .....	14
4.1.2 La Relazione SocioSanitaria della Regione Veneto .....	18
4.1.3 Il Programma Nazionale Esiti .....	21
4.1.4 Il Network Regioni (Progetto Bersaglio) .....	21
4.2 L'analisi del contesto interno .....	22
4.3 Swot Analysis .....	25
4.4 Gli obiettivi strategici 2018-2020 .....	27
5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE IN AOUI .....	29
5.1 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance .....	29
5.1.1 Programmazione .....	31
5.1.2 Formulazione del budget .....	32
5.1.3 Monitoraggio .....	33
5.1.4 Valutazione della performance .....	34
5.1.4.1 Area Dirigenza medica e Dirigenza PTA .....	35
5.1.4.2 Area Personale del Comparto .....	36
5.1.5 Rendicontazione dei risultati .....	37
5.2 Timing del processo .....	37
ALLEGATI	
Quadro normativo di riferimento .....	39
Indicatori del Programma Nazionale Esiti .....	45
I tempi del Ciclo della Performance in AOUI .....	47

## 1. INTRODUZIONE

---

Il Piano della Performance, come previsto dall'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009 e dalle linee di indirizzo emanate dalla Regione Veneto con DGR n. 140 del 16.02.2016, è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

L'adozione del Piano della Performance, redatto in linea coi contenuti della DGRV n. 140/2016, dà avvio al **ciclo di gestione della performance** dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (d'ora in poi: AOUI). Attraverso il Piano è infatti possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendone una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Un elemento fondamentale per il corretto avvio del ciclo della performance è quello dato dalla necessità di integrazione con i processi relativi alla qualità dei servizi resi, alla trasparenza, all'integrità ed alle misure volte alla prevenzione della corruzione. Il collegamento tra il Piano della Performance, il Piano per la prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed il Codice di comportamento costituisce infatti un elemento di garanzia che consente alle Pubbliche Amministrazioni di operare in modo eticamente corretto.

L'AOUI, ottemperando alle indicazioni normative, ha già provveduto a nominare il proprio Responsabile per la prevenzione della corruzione, ad adottare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza<sup>1</sup>, ad aggiornare il Codice di Comportamento dei dipendenti<sup>2</sup> - adeguandolo alle indicazioni della Delibera n. 358/2017 dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), a disciplinare le attività extraistituzionali del personale dipendente, ad approvare il Piano triennale di audit 2019-2021<sup>3</sup>.

Nella definizione della programmazione aziendale per il triennio 2018-2020 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dall'esigenza di un doveroso ammodernamento dei servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

In attesa dell'emanazione della delibera regionale di assegnazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR) per l'anno

---

<sup>1</sup> Deliberazione del Direttore Generale n. 66 del 31/01/2018 Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018-2020.

<sup>2</sup> Deliberazione del Direttore Generale n. 1031 del 04/12/2018: Approvazione del nuovo codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

<sup>3</sup> Deliberazione del Direttore Generale n. 1120 del 27/12/2018: Funzione di Internal Auditing dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona: approvazione Piano Triennale di Audit 2019-2010

2019, che al momento della redazione del presente Piano non è ancora pervenuta, al fine di dare continuità alla gestione e di rispettare la scadenza del 31 gennaio definita dalle norme vigenti, l'AOUI Verona ha predisposto l'aggiornamento per l'anno 2019 del proprio Piano della Performance, anche in considerazione degli indirizzi contenuti nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023<sup>4</sup> ed in continuità con gli indirizzi regionali emanati nel corso del 2018, consapevole che sarà necessario un suo aggiornamento in itinere.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici ed obiettivi operativi aziendali, che costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e la definizione di target specifici per le Unità Operative aziendali.

Con lo scopo di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, e con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interesse e di valori, il Piano della Performance è reso conoscibile e fruibile nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'AOUI denominata *Amministrazione Trasparente* ([www.aovr.veneto.it](http://www.aovr.veneto.it)).

---

<sup>4</sup> Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48: Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023

## 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

---

L'AOUI è stata costituita con DGRV n. 3345/2009 ed attivata a far data dal 01.01.2010. Ha sede legale in Verona, Piazzale Stefani 1, Partita I.V.A./CF 03901420236. È dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, finanziaria e tecnica. L'AOUI opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni tra le Aziende del SSR. Costituisce, per l'Università degli Studi di Verona, il punto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica, formazione e ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia. Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione, la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona e AOUI realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale. L'Atto Aziendale adottato nell'aprile 2018 conferma come la **missione istituzionale** dell'AOUI sia rappresentata dal raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, in un processo che include in modo inscindibile la didattica, intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la ricerca volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche, biomediche ed organizzative.

L'AOUI si articola in **due presidi ospedalieri**: l'ospedale di Borgo Trento (già ospedale Civile Maggiore) collocato nella zona nord della città, e l'Ospedale di Borgo Roma (già Ospedale Policlinico) nella zona sud di Verona. Nell'area dell'ospedale di Borgo Trento, originariamente organizzato a padiglioni, si è recentemente affiancato un monoblocco denominato Polo Chirurgico "Confortini", ed è ormai a pieno regime il nuovo Ospedale della Donna e del Bambino, ultimato nel 2017. Contestualmente nell'ospedale di Borgo Roma è stato attivato il nuovo "Edificio Nord", destinato all'erogazione di prestazioni diurne, che affianca la struttura a monoblocco per la quale sono in corso importanti interventi di riqualificazione edilizia.

L'AOUI ha adottato la **struttura dipartimentale** come modello ordinario di organizzazione e strumento abituale di gestione operativa, secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale (DGR n. 1306 del 16.08.2017).

L'Organigramma aziendale, pubblicato sul sito istituzionale e nell'area "Amministrazione Trasparente" (<http://www.aovr.veneto.it>) definisce l'assetto organizzativo complessivo dell'AOUI.

L'AOUI fa propri i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del proprio modello di funzionamento: la pratica professionale e clinica devono essere guidate dalle più aggiornate tecniche e procedure, per le quali si disponga di provata evidenza, per

assicurare gli standard più elevati secondo criteri di appropriatezza, nel rispetto del principio della corretta gestione delle risorse a disposizione.

## 2.1 L'AOUI in cifre (dati al 31 dicembre 2018)

Nel contesto della rete ospedaliera l'AOUI costituisce uno dei due **Centri Hub di eccellenza** presenti nella Regione Veneto, centro di eccellenza a livello nazionale nonché centro di riferimento per alcune funzioni (es. chirurgia oncologica, emergenza neonatale, ustioni, trapianti). Dispone di 1.215 posti letto di ricovero ordinario e 124 posti letto di ricovero diurno.

Ogni giorno in AOUI:

1.050 pazienti in ricovero ordinario  
170 accessi in day hospital  
150 interventi in sala operatoria  
360 accessi in Pronto Soccorso  
4.000 pazienti ambulatoriali  
9 parti

Per quanto riguarda l'attività assistenziale, la tabella riporta alcuni indicatori sintetici:

Attività	2014	2015	2016	2017	2018*
N ricoveri ordinari (RO)	44.830	46.399	47.980	49.497	49.255
Degenza Media (RO)	8,7	8,5	8,2	7,8	7,8
Valore Medio per caso trattato (RO)	€ 4.891	€ 5.098	€ 5.112	€ 5.111	€ 5.145
N. DRG di alta complessità (RO+DH)	6.575	7.145	7.380	7.576	7.449
N. DRG di alta complessità extraregione	1.644	1.760	1.890	2.039	1.964
N Day Hospital	17.076	16.512	16.531	15.232	14.838
N prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.752.722	4.854.205	4.822.424	4.993.781	5.261.621
% pazienti provenienti da altre Regioni	14,70%	15,1%	15,9%	16,3%	16,1%
N accessi in Pronto Soccorso	143.090	132.803	131.611	133.498	133.486

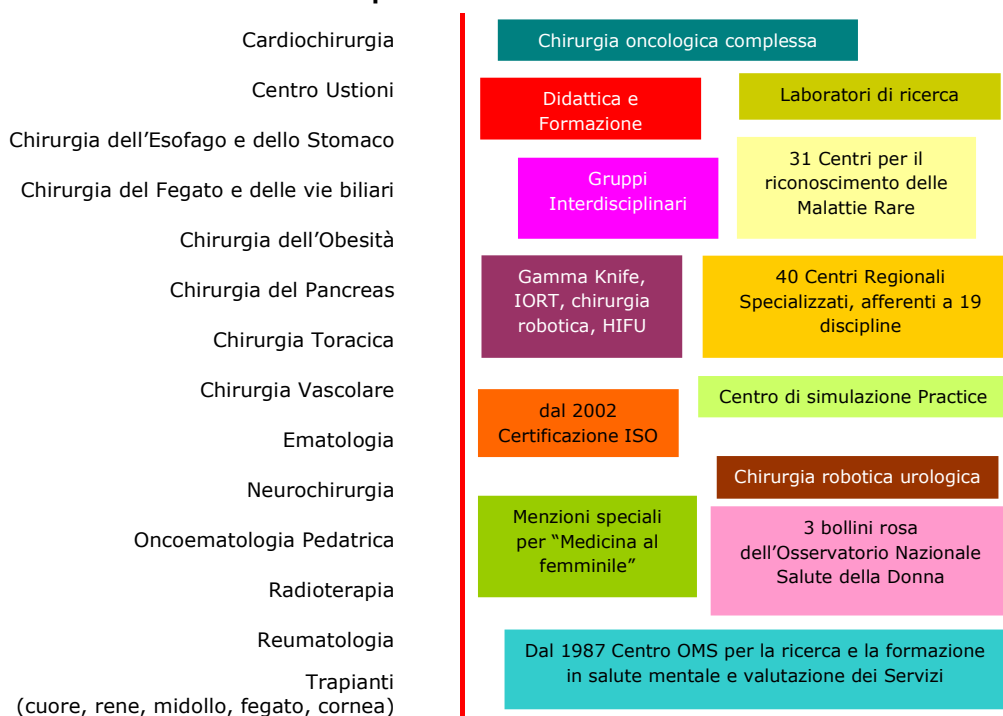
\* dati di pre-consuntivo

L'AOUI vede riconosciuti ben 40 Centri Regionali Specializzati, afferenti a 19 specialità cliniche, e 31 Centri per il riconoscimento delle malattie rare. È inoltre Polo Oncologico di riferimento all'interno della Rete Oncologica del Veneto (ROV).

Certificata dal 2002 con Certificazione ISO 9001:2008, anche per il biennio 2018-2019 ha ottenuto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) tre bollini rosa per la qualità delle cure. I bollini rosa vengono assegnati alle strutture ospedaliere impegnate nella promozione della medicina di genere e che si distinguono per l'offerta dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili. Solo 71 ospedali sui 324 valutati anche dall'Istituto Superiore di Sanità hanno ottenuto il massimo riconoscimento (3 bollini); da sottolineare inoltre la menzione speciale ricevuta dall'UOC Medicina Generale ad

indirizzo Immunoematologico ed Emocoagulativo dell’Ospedale di Borgo Roma per la presenza di un percorso diagnostico terapeutico dedicato alle donne nell’ambito della cardiologia.

### AOUI: Alte Specialità ed attività di eccellenza



## 2.2 Il personale<sup>5</sup>

In AOUI operano circa 5.000 dipendenti tra medici ospedalieri ed universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, contribuiscono all’attività dell’Azienda oltre 1.700 collaboratori “atipici” (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali...).

La tabella sintetizza la consistenza del personale dipendente alla data del 31 dicembre 2018

	Personale Ospedaliero	Personale Universitario in convenzione
Dirigenti	769	180
Personale del Comparto	3.968	37
<b>totale</b>	<b>4.737</b>	<b>217</b>

Di seguito il trend di raffronto con gli anni precedenti

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var 18-17
Unità effettive (teste al 31.12.2018)	5.132	5.097	5.103	5.127	5.081	4.954	-2,5%
Unità equivalenti*	4.810	4.795	4.770	4.831	4.809	4.735	-1,5%

\* Il personale universitario viene conteggiato al 50%.

<sup>5</sup> Fonte dati: UOC Gestione Risorse Umane Personale Universitario in convenzione e rapporti con l’Università

La tabella a seguire dettaglia invece la consistenza del personale AOUI espressa in termini di personale equivalente giuridico, misura che esprime il numero di dipendenti presenti in azienda in relazione al totale dei dipendenti, calcolando l'equivalente delle ore anche in presenza di part time e di altre forme contrattuali con meno ore di lavoro giornaliero rispetto al full time.

Unità equivalenti (UEG)	2016	2017	2018	var 2018/2017
<b>TOTALE</b>	<b>4.831,4</b>	<b>4.807,8</b>	<b>4.734,8</b>	<b>-1,5%</b>
<b>Sanitario</b>	<b>3.391,8</b>	<b>3.386,1</b>	<b>3.366,1</b>	<b>-0,6%</b>
Medici ospedalieri	698,9	698,5	705,8	1,0%
Medici universitari	88,2	88,2	83,7	-5,1%
<b>tot Medici</b>	<b>787,0</b>	<b>786,7</b>	<b>789,5</b>	<b>0,4%</b>
Dirigenti Sanitari non Medici (ospedalieri)	66,7	62,2	58,1	-6,6%
Dirigenti Sanitari non Medici (universitari)	10,7	9,5	9,6	1,1%
<b>tot Dirigenti Sanitari non Medici</b>	<b>77,4</b>	<b>71,7</b>	<b>67,7</b>	<b>-5,6%</b>
Personale infermieristico (ospedaliero)	2.032,7	2.041,0	2.033,5	-0,4%
Personale infermieristico (universitario)	1,0	0,1	-	-100,0%
<b>Tot Personale Infermieristico</b>	<b>2.033,7</b>	<b>2.041,1</b>	<b>2.033,5</b>	<b>-0,4%</b>
Tecnici sanitari ospedalieri	482,0	474,4	463,2	-2,4%
Tecnici sanitari universitari	11,7	12,2	12,2	-0,1%
<b>Totale tecnici sanitari</b>	<b>493,7</b>	<b>486,6</b>	<b>475,4</b>	<b>-2,3%</b>
<b>Professionale</b>	<b>16,1</b>	<b>16,7</b>	<b>16,3</b>	<b>-2,4%</b>
Dirigenti professionali*	7,7	7,7	7,3	-5,2%
Comparto professionali	8,4	9,0	9,0	0,0%
<b>Tecnico</b>	<b>847,7</b>	<b>839,3</b>	<b>811,5</b>	<b>-3,3%</b>
Dirigenti tecnici**	4,0	4,0	4,0	0,0%
Comparto tecnici ospedalieri	273,4	256,3	235,5	-8,1%
Comparto tecnici universitari	2,5	2,5	2,5	0,0%
OTAA/OSS	567,8	576,5	569,5	-1,2%
<b>Amministrativo</b>	<b>575,7</b>	<b>565,7</b>	<b>540,9</b>	<b>-4,4%</b>
Dirigenti amministrativi	7,9	8,9	7,5	-15,6%
Comparto amministrativi ospedalieri	563,3	552,7	529,8	-4,1%
Comparto amministrativi universitari	4,6	4,1	3,5	-13,9%

\* nel 2018 1 Dirigente Professionale in aspettativa (1 FTE)

\*\* nel 2018 1 Dirigente Tecnico in aspettativa (0,5 FTE)

Ai fini dell'elaborazione il tempo lavoro del personale universitario è ovviamente considerato al 50%, per tener conto dell'obbligo istituzionale legato alle attività di didattica e di ricerca proprie del ruolo.

Solo l'1% dei Dirigenti ospedalieri ha un rapporto di **lavoro part-time**, quota che sale al 16% per il personale ospedaliero afferente all'area del Comparto.

Risulta in costante aumento il personale ospedaliero che usufruisce dei benefici della **Legge 104**, che nel 2018 è stato pari al 14%:

Dipendenti beneficiari di Legge 104	2016	2017	2018
N dipendenti	565	636	656
Totale ore	88.258	94.032	95.848
Totale giorni	13.013	13.820	14.108



Complessivamente **l'età media** del personale è in crescita costante: nel 2011 era pari a 44,7 anni, mentre nel 2018 si attesta su un valore di 48 anni per il personale ospedaliero e di 53 anni per il personale universitario:

<b>AQUI: età media del Personale</b>						
Categoria	Personale Ospedaliero			Personale Universitario		
	tot	uomini	donne	tot	uomini	donne
Medico	49	51	46	52	54	46
Laureato non Medico	53	53	53	54	62	52
Infermieri - tecnici sanitari comparto	45	43	45	53	54	52
Dirigenti Professionali	49	51	48			
Religiosi comparto	56	56	55			
Dirigenti Tecnici non sanitari	55	54	55			
Tecnici non sanitari comparto	51	52	51	56	61	49
Dirigenti Amministrativi	56	53	57			
Amministrativi comparto	53	52	53	57		57
<b>media complessiva</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>53</b>	<b>54</b>	<b>49</b>

Il fenomeno dell'invecchiamento del personale sta notoriamente accomunando tutte le Pubbliche Amministrazioni in Italia, ma nel settore sanitario il suo impatto risulta sicuramente maggiore rispetto ad altri settori. Se si considera che una quota sempre crescente di dipendenti presenta prescrizioni/limitazioni all'attività lavorativa - ad esempio rispetto a movimentazione e carichi dei pazienti, ai vincoli sull'effettuazione dei turni di servizio in fascia notturna, alla sempre maggiore difficoltà di adattamento a carichi di lavoro e allo stress da lavoro legato alla fatica fisica e mentale, ai turni di guardia, alle costrittività organizzative - o comunque condizioni di inidoneità ad alcune mansioni, appare evidente come l'invecchiamento della popolazione lavorativa abbia conseguenze importanti in termini organizzativi e gestionali.

A tal proposito vale la pena citare il *Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, curato dalla **Commissione Igiene e Sanità del Senato** e reso pubblico nel gennaio 2018, che nelle considerazioni conclusive riporta testualmente:

***"I molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona.***

***Un altro aspetto rilevante riguarda il rischio di carenza di professionalità mediche, rischio che per quanto riguarda le professioni infermieristiche è da tempo una certezza .... Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro, con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di Giustizia europea.***

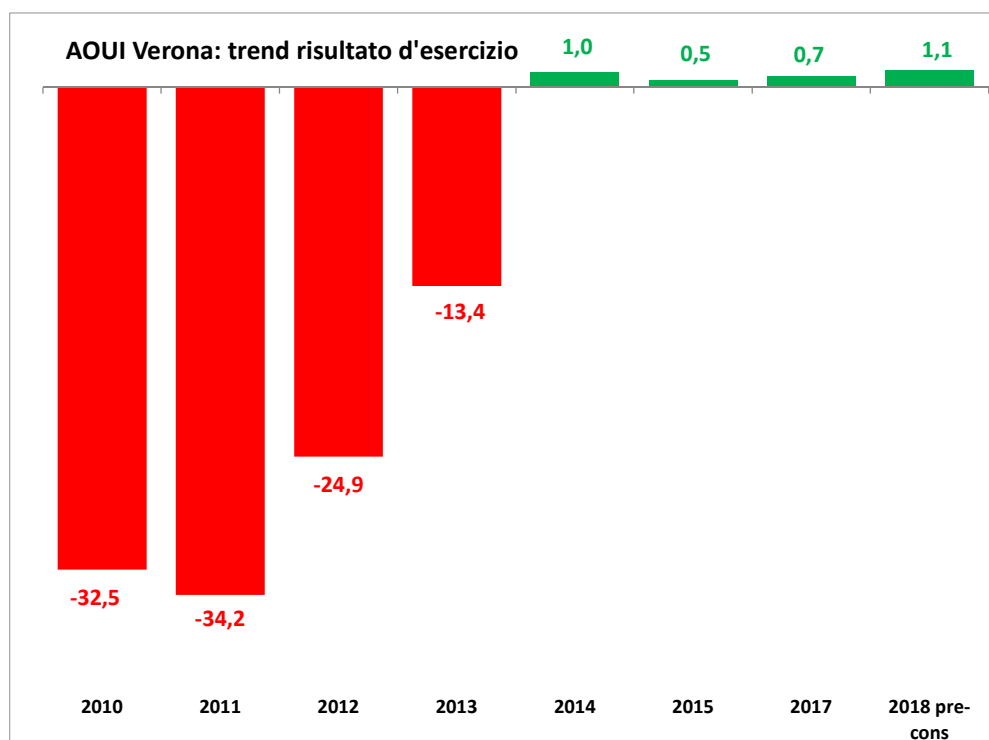
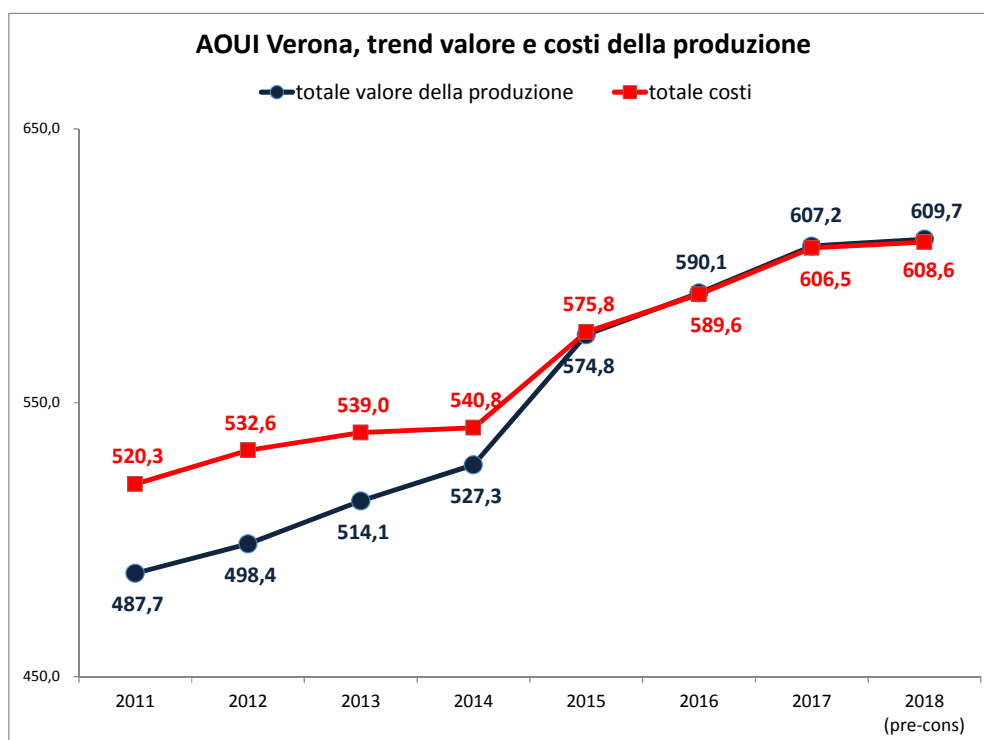
***La Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti, introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve di operatori, rimodulando il turn over, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale, superando il blocco dei contratti".***

## 2.3 Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Di seguito vengono riportati i macro-aggregati di bilancio degli ultimi anni, che mostrano risultati sempre positivi:

	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	pre-Consuntivo 2018
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE (A)</b>			
Contributi in c/esercizio	125.482.411,70	120.672.306,07	125.150.905,12
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-18.825.524,81	-17.966.638,16	-25.551.416,55
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di es. prec.	901.842,15	4.821.143,35	3.675.688,42
Mobilità intraregionale	361.998.526,17	369.961.121,38	371.397.464,06
Mobilità extraregionale	54.369.206,00	59.840.595,00	67.434.591,00
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	27.064.478,81	28.889.127,39	27.889.025,10
Concorsi, recuperi e rimborsi	3.905.271,38	3.884.998,42	3.579.579,69
Compartecipazione alla spesa per prest. san. (ticket)	7.510.103,09	9.803.743,48	9.782.120,52
Quota contributi conto capitale imputata all'esercizio	24.004.859,25	24.022.258,81	23.166.785,71
Altri ricavi e proventi	3.722.478,52	3.310.192,42	3.196.746,72
<b>TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE A)</b>	<b>590.133.652,26</b>	<b>607.238.848,16</b>	<b>609.721.489,79</b>
<b>COSTI DELLA PRODUZIONE (B)</b>			
Acquisti di beni sanitari	168.395.714,57	182.585.085,40	186.274.659,64
Acquisti di beni non sanitari	3.982.850,04	3.579.901,70	2.618.978,06
Acquisti servizi sanitari	32.652.428,00	39.721.779,65	35.400.629,33
Acquisti di servizi non sanitari e manutenzioni	86.958.337,01	85.992.428,39	86.521.462,43
Godimento beni di terzi	8.380.896,33	9.129.320,94	10.289.558,81
Costo del personale	222.050.271,04	221.147.607,19	223.908.825,87
Oneri diversi di gestione	5.302.306,30	3.288.143,76	3.120.742,77
Ammortamenti e svalutazioni	26.816.525,28	26.563.088,62	24.958.244,22
Variazione delle rimanenze	-1.073.269,61	-2.513.076,17	667.183,17
Accantonamenti tipici dell'esercizio	17.585.875,81	17.776.493,18	17.550.875,25
<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE B)</b>	<b>571.051.934,77</b>	<b>587.270.772,66</b>	<b>591.311.159,55</b>
<b>Proventi e oneri finanziari (C)</b>	-704.884,93	-318.131,46	-131.112,84
<b>Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	-46.915,62	0,00	0,00
<b>Proventi e oneri straordinari (E)</b>	-1.272.164,16	-2.146.317,87	242.476,10
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE ( A-B +/- C +/- D +/- E )</b>	<b>17.057.752,78</b>	<b>17.503.626,17</b>	<b>18.521.693,50</b>
<b>Imposte e tasse ( IRAP e IRES )</b>	16.568.016,32	16.849.245,43	17.374.611,13
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>489.736,46</b>	<b>654.380,74</b>	<b>1.147.082,37</b>

La tabella di sintesi dei risultati relativi al triennio 2016 – 2018 (per il 2018 i dati sono da intendersi come pre-consuntivo al 4° REND), ed i grafici di seguito riportati evidenziano il trend economico positivo degli ultimi anni con l'ottenimento dell'equilibrio economico-finanziario.



## 2.4 Tempi di pagamento ai fornitori

Relativamente ai tempi di pagamento dei fornitori, nel 2018 l'indicatore di tempestività<sup>6</sup> ha registrato un valore medio pari a **-24,88** giornate, risultando pertanto ulteriormente

<sup>6</sup> L'indicatore di tempestività dei pagamenti, in ottemperanza della Circolare n. 3 del 14/01/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è calcolato come somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni

migliorato rispetto al precedente esercizio e confermando il virtuoso trend di riduzione avviato a partire dal 2015.

## **2.5 Il piano investimenti<sup>7</sup>**

La situazione di contesto con riferimento alla politica degli investimenti nel settore socio sanitario è caratterizzata da una contrazione nella disponibilità di risorse pubbliche, tendenza imposta dalla congiuntura economica sfavorevole degli ultimi anni, parzialmente compensata da un aumento dei flussi di finanziamento messi a disposizione dagli altri soggetti che tradizionalmente supportano le aziende sanitarie nelle loro progettualità (fondazioni bancarie), oltre alla presenza dei contratti di project. Contemporaneamente permane la necessità di garantire l'aggiornamento tecnologico e la messa a norma delle strutture sanitarie.

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

## **2.6 Bilancio Economico Preventivo<sup>8</sup>**

In attuazione all'incarico ricevuto dall'Area Sanità e Sociale, Azienda Zero ha trasmesso alle Aziende del SSR indicazioni per le proposte di bilancio economico preventivo 2019 sia con riguardo al riparto 2018 sia con riguardo agli approfondimenti emersi e discussi in sede di incontri di monitoraggio degli obiettivi dei Direttori Generali al 3° trimestre.

In particolare con riguardo al riparto 2018 la Regione è intervenuta con DGRV n. 1781 del 27/11/2018: "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2018" e con DGRV n. 1926 del 21.12.2018: "Assegnazione agli Enti del SSR delle risorse per la copertura dei maggiori oneri derivanti dal CCNL del Comparto Sanità del 21 maggio 2018, ai sensi della DGRV n. 1781 del 27 novembre 2018".

Il risultato d'esercizio esposto in sede di Bilancio Economico Preventivo (BEP) 2019, non ha potuto tuttavia esprimere il principio di sostenibilità dell'assistenza e del vincolo del pareggio di bilancio aziendale che la Regione ha introdotto con DGRV n. 1810/2017 e confermato con DGRV n. 1781 del 27/11/2018. Il risultato non risulta infatti rappresentativo delle reali performance attese per l'Azienda poiché la voce "Contributi in conto esercizio" risulta

---

effettivi intercorsi tra la data di scadenza della fattura o richiesta di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento.

<sup>7</sup> Contributo redatto da UOC Contabilità e Bilancio

<sup>8</sup> Contributo redatto da UOC Contabilità e Bilancio

inferiore a quella esposta in sede di 3° CEPA 2018 e rimane significativamente inferiore a quanto esposto in sede di consuntivo 2017, esercizio in cui si è raggiunto un risultato pienamente soddisfacente.

Va evidenziato come negli ultimi mesi del 2018 si sia registrata una flessione dell'attività chirurgica, determinata dalla carenza di medici anestesisti, che tuttavia non ha pregiudicato i risultati economici complessivi dell'azienda. Qualora la situazione legata alla difficoltà di reintegro dell'organico di tali figure dovesse permanere nel 2019 la produzione potrebbe risentirne negativamente.

Le potenzialità esprimibili dall'Azienda risultano di assoluto rilievo grazie alle importanti economie di scala ottenute con l'attivazione del Polo Confortini (2011) e alle dinamiche di particolare contenimento dei costi per alcuni importanti servizi non sanitari quali ad esempio la gestione del "Calore". Tuttavia le verificate potenzialità risultano sensibili alle limitazioni introdotte sulle risorse produttive che appaiono oggi penalizzanti, costituendo ostacolo al raggiungimento del break-even point reale dell'Azienda.

## **2.7 La normativa di riferimento**

Le principali disposizioni nazionali e regionali che costituiscono il quadro normativo di riferimento per l'operatività dell'AOUI sono riportate in Allegato 1.

### 3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI

---

Le strategie di pianificazione aziendale seguono linee precise, in armonia con la programmazione del Piano Socio-Sanitario Regionale e con gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti annualmente dalla Regione Veneto, che tradizionalmente riguardano principalmente alcune grandi aree tematiche:

- A. Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa;
- B. Rispetto delle liste di attesa;
- C. Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- D. Sviluppo di attività innovative e di alta specialità.
- F. Attuazione Legge Regionale n. 19/2016 e Sanità Digitale;
- G. Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza".

La definizione degli obiettivi per le singole Unità Operative, declinati nelle Schede di Budget, rappresentano la fase conclusiva di un processo programmatico che a livello aziendale parte dall'analisi del contesto.

### 4. ULTERIORI OBIETTIVI AZIENDALI

---

#### 4.1 L'analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto nel quale AOUI opera rappresenta uno dei punti di partenza per l'individuazione degli obiettivi aziendali. Per quanto riguarda il **contesto esterno** sono stati presi in esame i dati più significativi sull'andamento dei servizi sanitari, quali: il Rapporto SDO 2017 del Ministero della Salute; la Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto 2016; il Programma Nazionale Esiti ed il Network Regioni (Progetto Bersaglio), dei quali si evidenziano alcuni aspetti nei successivi paragrafi.

##### 4.1.1 Il Rapporto SDO del Ministero della Salute

L'ultimo Rapporto sui ricoveri ospedalieri pubblicato dal Ministero della Salute nel maggio 2017, fotografa l'attività di ricovero e cura per acuti degli ospedali italiani, pubblici e privati, in modo affidabile e completo. Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera relative all'anno 2016 si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata: rispetto all'anno precedente, il numero complessivo di dimissioni per Acuti, Riabilitazione e

Lungodegenza mostra una diminuzione di circa il 2,7%, mentre il corrispondente volume complessivo di giornate si riduce di circa il 2,1%.

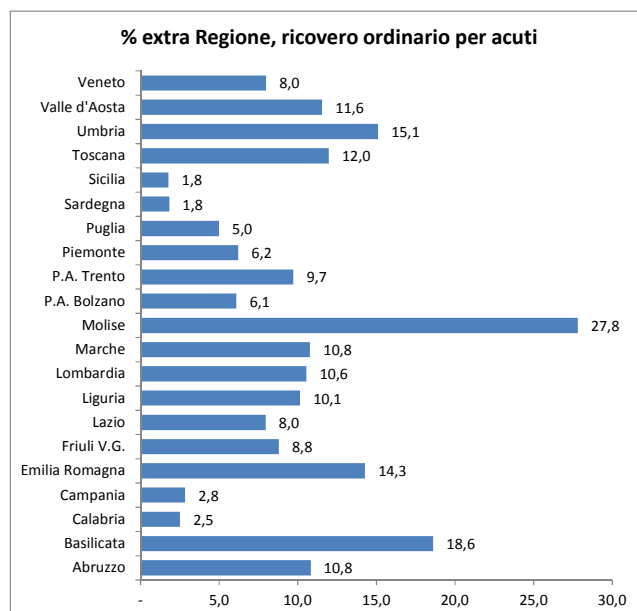
Il trend del **tasso di ospedalizzazione** - standardizzato per età e sesso - mostra un andamento decrescente che interessa sostanzialmente l'attività per Acuti, sia in regime ordinario sia diurno, e che passano, rispettivamente, da 115,8 e 48,8 per mille abitanti nel 2010 a 95 e 31 nel 2016. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo si riduce da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016.

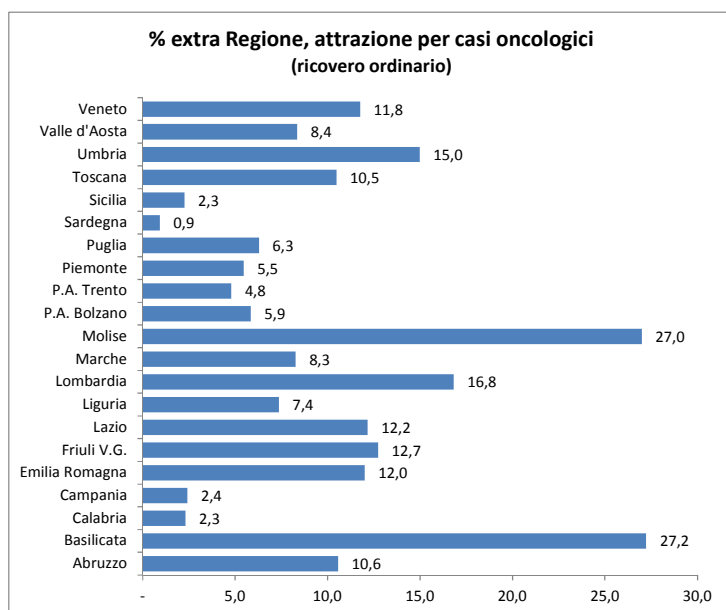
L'**appropriatezza** del ricovero ospedaliero migliora ulteriormente, come indica l'andamento dei ricoveri afferenti ai DRG a rischio di inappropriatezza se erogati in Regime di ricovero ordinario. In particolare, confrontando i dati dell'anno 2016 con quelli dell'anno precedente, si osserva un aumento della percentuale di regime diurno in 45 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza; inoltre, fra i restanti 63 DRG, ulteriori 51 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2015, sono caratterizzati da una riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione osservata è pari a 6,3%. Infine, si può osservare che 98 DRG mostrano una riduzione del numero totale di ricoveri erogati rispetto all'anno precedente. Complessivamente, quindi, per i 108 DRG LEA si rileva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

Il **ricorso all'ospedalizzazione** (escludendo il parto) è dovuto principalmente a patologie di tipo cardiovascolare e respiratorio, alle malattie delle vie biliari ed infine agli interventi chirurgici ortopedici.

La **mobilità interregionale**, pur con qualche leggera variazione, si mantiene sostanzialmente costante per ciascun tipo di attività e regime di ricovero, rispettivamente, nell'intorno del 8% per l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, del 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, del 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e del 5% per l'attività di lungodegenza.

Le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di attrazione (mobilità attiva) per ricoveri per acuti in regime ordinario sono state il Molise, la Basilicata e l'Umbria, con valori ben al di sopra della media nazionale (8,2%).





La **mobilità** tra Regioni per quanto riguarda i **pazienti oncologici** è pari al 10,1% per il ricovero ordinario ed al 8,2% per il diurno.

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di CaseMix (ICM) sono due indicatori tipicamente utilizzati per la valutazione della **complessità** e dell'**efficienza** degli erogatori, in particolar modo se letti congiuntamente.

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) viene calcolato come rapporto fra la degenza media standardizzata per casemix di un dato erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (valore nazionale). Pertanto, poiché il procedimento di standardizzazione riporta tutti gli erogatori in condizioni di omogeneità di casistica, l'ICP consente di misurare e confrontare l'efficienza e l'efficacia dei diversi erogatori rispetto allo standard: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore rispetto allo standard di riferimento (poiché la degenza è più breve).

L'Indice di CaseMix (ICM), invece, offre uno strumento di confronto per la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

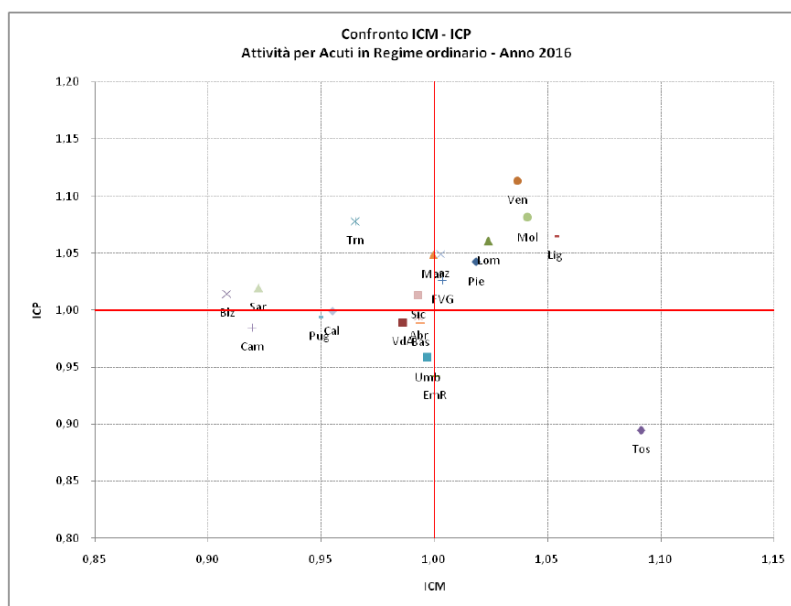
	ICM	ICP
Abruzzo	0,99	0,99
Basilicata	0,99	0,99
Calabria	0,95	1,00
Campania	0,92	0,98
Emilia Romagna	1,00	0,94
Friuli VG	1,00	1,03
Lazio	1,00	1,05
Liguria	1,05	1,06
Lombardia	1,02	1,06
Marche	1,00	1,05
Molise	1,04	1,08
PZ Bolzano	0,91	1,01
PA Trento	0,97	1,08
Piemonte	1,02	1,04
Puglia	0,95	0,99
Sardegna	0,92	1,02
Sicilia	0,99	1,01
Toscana	1,09	0,89
Umbria	1,00	0,96
Valle d'Aosta	0,99	0,99
Veneto	1,04	1,11
<b>Italia</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

La lettura congiunta di ICM e ICP tramite un grafico a quattro quadranti risulta particolarmente significativa: nel grafico successivo, i valori dell'Indice di CaseMix sono riportati sull'asse delle ascisse, mentre l'Indice Comparativo di Performance su quello delle ordinate. I due quadranti superiori (ICP > 1) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento, mentre i due quadranti a destra (ICM > 1) individuano una maggiore complessità della casistica.



Il quadrante inferiore destro (ICM>1 e ICP<1) individua le regioni ad alta efficienza, con una casistica ad alta complessità ed una degenza più breve dello standard: Emilia Romagna e Toscana.

Il quadrante superiore destro (ICM>1 e ICP>1) individua gli erogatori in cui la maggior durata della degenza è ragionevolmente imputabile alla maggior complessità e non a inefficienza organizzativa: Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Liguria, Lazio, Molise.



Il quadrante inferiore sinistro (ICM<1 e ICP<1) rappresenta l'area in cui la minore degenza media è dovuta ad una casistica poco complessa, e non ad alta efficienza organizzativa: Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria. Infine, il quadrante superiore sinistro (ICM<1 e ICP>1) individua quegli erogatori in cui la durata della degenza è più alta nonostante la complessità della casistica sia più bassa dello standard, ed è probabilmente riconducibile ad inefficienza organizzativa: Bolzano, Trento, Marche, Sicilia, Sardegna.

Per quanto riguarda la **degenza media** dei ricoveri per acuti il Rapporto evidenzia come il parametro resti costante a 6,86 giorni, mentre rispetto all'anno precedente si riduce quella dei ricoveri riabilitativi (25,8 giorni) ed aumenta quella dei ricoveri di lungodegenza (27,6 giorni).

**Il Veneto registra una degenza media di 7,86 giornate, superiore di 1 giorno alla media nazionale**, così come avviene per gli altri indicatori con l'unica eccezione della degenza media pre-operatoria che si colloca virtuosamente al di sotto dello standard nazionale.

Indicatori di efficienza per regione  
Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2016

REGIONE	deg media (giorni)	deg mediana (giorni)	Deg media std per case mix (giorni)	deg media preoperatoria
Piemonte	6,85	4	7,15	1,26
Valle d'Aosta	6,80	4	6,79	1,53
Lombardia	6,93	4	7,28	1,54
P.A. Bolzano	6,86	5	6,96	1,39
P.A. Trento	7,43	5	7,40	1,45
Veneto	7,86	5	7,64	1,58
Friuli V.G.	7,04	4	7,04	1,50
Liguria	8,17	5	7,31	2,36
Emilia Romagna	6,30	4	6,47	1,29
Toscana	6,49	4	6,14	1,36
Umbria	6,50	4	6,58	1,69
Marche	7,15	4	7,20	1,42
Lazio	7,10	4	7,20	1,99
Abruzzo	6,91	5	6,83	1,72
Molise	7,22	5	7,42	2,37
Campania	6,09	4	6,76	2,21
Puglia	6,59	4	6,82	1,99
Basilicata	6,77	5	6,79	2,04
Calabria	6,64	5	6,86	1,99
Sicilia	7,07	5	6,95	1,99
Sardegna	6,79	4	7,00	1,94
<b>ITALIA</b>	<b>6,86</b>	<b>4</b>	<b>6,86</b>	<b>1,70</b>

Gli indicatori di **appropriatezza organizzativa** monitorati nel Rapporto sono strettamente correlati *“con l’incapacità del livello territoriale di prendersi carico dei pazienti che rimangono inappropriatamente in ospedale”*.

Indicatori di appropriatezza organizzativa per regione - Attività per Acuti in Istituti pubblici e privati accreditati - Anno 2016

REGIONE	% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in Regime ordinario da reparti chirurgici	% Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico	% Ricoveri brevi 2-3 giorni sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico	% Ricoveri con degenza oltre soglia sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico di pazienti >65 anni
Piemonte	23,08	12,63	9,65	23,19	5,86
Valle d'Aosta	32,07	15,64	10,95	24,94	3,64
Lombardia	27,48	24,22	9,01	22,88	5,12
P.A. Bolzano	37,60	37,68	8,58	26,81	4,02
P.A. Trento	36,03	21,73	7,86	23,98	5,50
Veneto	27,49	16,21	7,57	22,42	6,40
Friuli V.G.	25,82	35,78	10,78	24,44	4,71
Liguria	30,39	40,62	8,01	25,10	4,92
Emilia Romagna	22,96	26,15	9,71	27,06	3,24
Toscana	22,61	25,54	8,30	25,41	2,55
Umbria	28,61	4,04	11,75	25,79	3,22
Marche	23,40	39,40	8,12	22,60	5,25
Lazio	29,55	48,43	9,08	25,97	5,54
Abruzzo	28,52	28,41	8,41	24,72	3,90
Molise	34,22	67,85	8,91	27,98	5,14
Campania	33,29	52,12	17,94	25,93	3,18
Puglia	34,56	63,99	11,25	25,61	3,54
Basilicata	33,86	20,39	8,32	26,05	3,50
Calabria	36,79	43,36	9,62	28,54	3,35
Sicilia	31,25	41,04	6,94	27,10	3,37
Sardegna	36,14	27,64	12,60	26,66	3,56
<b>ITALIA</b>	<b>28,59</b>	<b>38,57</b>	<b>9,96</b>	<b>25,05</b>	<b>4,36</b>

A livello nazionale emerge come la percentuale di dimissioni mediche da reparti chirurgici si attesti a 28,59%, la percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sia del 38,57%, quella dei ricoveri brevi sia pari a 9,96% per i ricoveri 0-1 giorno e 25,05% quella per i ricoveri 2-3 giorni. La quota di ricoveri con degenza oltre soglia e DRG medico in pazienti di età >65 anni è costante, pari a 4,36%.

#### 4.1.2 Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto

L’ultima Relazione pubblicata, datata 2016 su dati relativi al biennio 2014-2015, evidenzia come in Veneto la speranza di vita sia ancora in aumento, con la conseguente crescita di popolazione in età avanzata: a fine 2014 i residenti di età >64 anni rappresentavano il 22% del totale. Un simile **profilo demografico** impatta inevitabilmente sui bisogni di salute e sui servizi sanitari, soprattutto in termini di cronicità e di multi morbidità: in Veneto circa un terzo della popolazione convive con almeno una malattia cronica e circa il 10% dei residenti è in condizione di multi morbidità, che rappresenta la norma nelle fasce di età più avanzate.

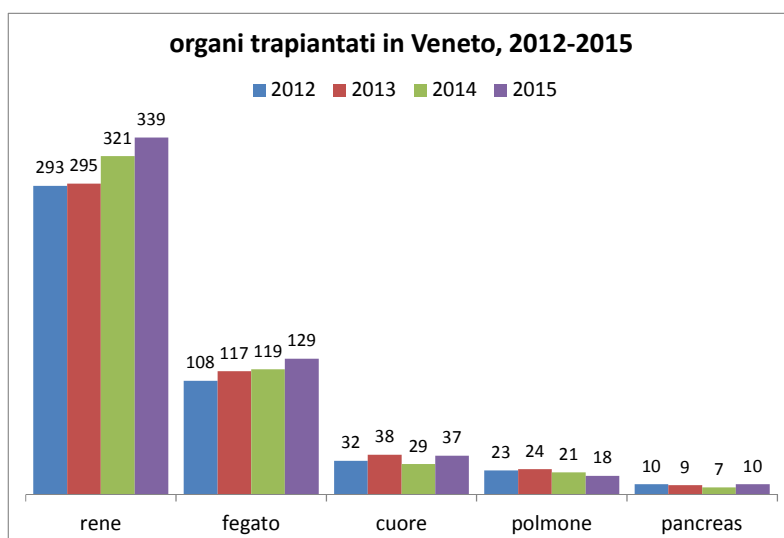
L’incidenza delle **patologie oncologiche** appare in riduzione nei maschi e sostanzialmente stabile nelle femmine. Nei maschi è rilevante la diminuzione dei casi di tumore al polmone, con una contestuale flessione di incidenza dei tumori alla prostata, mentre restano stabili i tumori della vescica e del fegato. Nelle donne l’incidenza dei tumori alla mammella, dopo la crescita registrata negli anni '90, si è stabilizzata a partire dal 2002, mentre risultano in

aumento i tumori al polmone, e sembra costante l'incidenza dei tumori dell'utero e del pancreas. Per entrambi i generi si segnala invece una crescita dei tumori del colon-retto, il cui andamento risente in parte degli effetti dell'estensione dello screening nella popolazione di età 50-69 anni, che comporta in una prima fase un aumento dell'incidenza dovuto all'anticipo diagnostico di tumori che altrimenti sarebbero riscontrati successivamente ed in parte dalla bonifica di lesioni precancerose.

Il tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio (IMA) è andato riducendosi nel periodo 2006-2015 in tutte le classi di età, eccetto un lieve aumento rilevato nel 2015 nei maschi >65. Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione: ogni anno in Veneto si verificano circa 9.000 eventi di ictus (di tipo ischemico nel 77% dei casi, emorragia cerebrale nel 19%, emorragia sub aracnoidea nel 4%), ed oltre il 62% di tali eventi avviene in soggetti di età non inferiore ai 75 anni. Negli ultimi anni in Veneto l'**ospedalizzazione** si è ridotta drasticamente (-23%), pur con dinamiche diverse in rapporto alle varie tipologie di ricovero: la riduzione ha riguardato soprattutto i ricoveri per acuti in regime ordinario (-26% dal 2006) e soprattutto in regime diurno (-42%). Due sono le motivazioni principali: la possibilità di eseguire alcuni interventi chirurgici regime ambulatoriale anziché in ricovero ordinario e lo spostamento in assistenza ambulatoriale della quasi totalità delle prestazioni di chemioterapia.

Il 58% dei ricovero ordinari è di tipo medico: escludendo il parto, le condizioni per le quali la popolazione veneta ricorre all'ospedalizzazione sono lo scompenso cardiaco, la polmonite, l'edema polmonare, l'insufficienza respiratoria, l'ictus. Tra i ricoveri chirurgici i più frequenti sono di tipo ortopedico. Il 76% dei ricoveri diurni è invece di tipo chirurgico, e riguardano interventi in ambito ginecologico, ortopedico, urologico e di chirurgia generale. A fronte della diminuzione del numero di ricoveri, la **degenza media** in Veneto si mantiene costante nel tempo, attestandosi su 8,1 giornate.

L'attività di **procurement di organi** è in linea coi dati nazionali, mentre il tasso di opposizione alla donazione da parte dei congiunti del potenziale donatore è ampiamente al di sotto della media nazionale (17,8% vs 30,5%). In Veneto l'**attività di trapianto di organi** risulta in crescita (+2,1% per i trapianti da cadavere, +35% per i trapianti da vivente), rappresentando un primato a livello nazionale.



I Centri trapianti veneti contribuiscono al totale dei trapianti in Italia con il 15,5% dei trapianti di rene, con il 12% dei trapianti di fegato, con il 15% dei trapianti di cuore, con il 16% dei trapianti di polmone ed il 20% dei trapianti di pancreas. Prosegue in maniera rilevante l'attività di impianto dei dispositivi di assistenza meccanica al circolo (VAD): presso le due Cardiocirurgie di Verona e Padova sono stati posizionati 38 VAD nel 2014 e 29 nel 2015.

Le principali **cause di morte** sono rappresentate dai tumori negli uomini e dalle malattie circolatorie nelle donne:

Cause di morte	Maschi			Femmine		
	N	%	TO	N	%	TO
ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	471	2,2%	19,6	599	2,5%	23,7
<b>TUMORI</b>	<b>7.750</b>	<b>35,8%</b>	<b>322,6</b>	<b>6.162</b>	<b>26,0%</b>	<b>244,1</b>
Tumore maligno di colon, retto e ano	760	3,5%	31,6	604	2,5%	23,9
Tumore maligno di fegato e dotti biliari intraepatici	572	2,6%	23,8	220	0,9%	8,7
Tumore maligno del pancreas	526	2,4%	21,9	567	2,4%	22,5
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmone	1.790	8,3%	74,5	779	3,3%	30,9
Tumore maligno della mammella femminile				983	4,1%	38,9
Tumore maligno della prostata	502	2,3%	20,9			
<b>MAL. ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE</b>	<b>777</b>	<b>3,6%</b>	<b>32,3</b>	<b>934</b>	<b>3,9%</b>	<b>37,0</b>
Diabete mellito	617	2,8%	25,7	705	3,0%	27,9
<b>DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI</b>	<b>716</b>	<b>3,3%</b>	<b>29,8</b>	<b>1.408</b>	<b>5,9%</b>	<b>55,8</b>
Demenza	638	2,9%	26,6	1.360	5,7%	53,9
<b>MAL. DEL SISTEMA NERVOSO</b>	<b>783</b>	<b>3,6%</b>	<b>32,6</b>	<b>1.046</b>	<b>4,4%</b>	<b>41,4</b>
Malattia di Parkinson	214	1,0%	8,9	182	0,8%	7,2
Malattia di Alzheimer	220	1,0%	9,2	503	2,1%	19,9
<b>MAL. DEL SISTEMA CIRCOLATORIO</b>	<b>6.929</b>	<b>32,0%</b>	<b>288,5</b>	<b>9.157</b>	<b>38,6%</b>	<b>362,7</b>
Malattie ipertensive	760	3,5%	31,6	1.631	6,9%	64,6
Cardiopatie ischemiche	2.627	12,1%	109,4	2.563	10,8%	101,5
Altre malattie cardiache	1.782	8,2%	74,2	2.409	10,2%	95,4
Malattie cerebrovascolari	1.409	6,5%	58,7	2.231	9,4%	88,4
<b>MAL. DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>	<b>1.566</b>	<b>7,2%</b>	<b>65,2</b>	<b>1.626</b>	<b>6,9%</b>	<b>64,4</b>
Polmonite	430	2,0%	17,9	527	2,2%	20,9
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	633	2,9%	26,4	521	2,2%	20,6
<b>MAL. APPARATO DIGERENTE</b>	<b>888</b>	<b>4,1%</b>	<b>37,0</b>	<b>899</b>	<b>3,8%</b>	<b>35,6</b>
Cirrosi epatica e altre malattie croniche del fegato	419	1,9%	17,4	210	0,9%	8,3
<b>MAL. DELL'APPARATO GENITOURINARIO</b>	<b>284</b>	<b>1,3%</b>	<b>11,8</b>	<b>393</b>	<b>1,7%</b>	<b>15,6</b>
<b>CAUSE ESTERNE DI MORBOSITA' E MORTALITA'</b>	<b>1.067</b>	<b>4,9%</b>	<b>44,4</b>	<b>676</b>	<b>2,9%</b>	<b>26,8</b>
Accidenti da trasporto	251	1,2%	10,4	69	0,3%	2,7
Autolesioni intenzionali	324	1,5%	13,5	96	0,4%	3,9
<b>TUTTE LE CAUSE</b>	<b>21.678</b>	<b>100%</b>	<b>902,5</b>	<b>23.711</b>	<b>100%</b>	<b>939,1</b>

Nel 2015 le dimissioni da strutture ospedaliere private accreditate sono state 122.675, rappresentando quali il 19% del totale. La quota di **ospedalizzazione privata** sul totale delle dimissioni è del 14% per i ricoveri ordinari per acuti, del 23% per i ricoveri diurni, del 14% per la lungodegenza e del 69% per i ricoveri riabilitativi.

Considerando i ricoveri in discipline per acuti, la casistica trattata dal privato accreditato in Veneto è prevalentemente di tipo chirurgico, dato che più del 53% delle dimissioni vengono effettuate da Unità Operative di Ortopedia e Chirurgia Generale.

Specialità di dimissione (escluso riabilitazione e lungodegenza)	2014		2015	
	N	%	N	%
Cardiologia	3.408	3,4	3.663	3,6
Chirurgia Generale	22.240	22,5	23.438	23,3
Chirurgia Plastica	15	0,0	4	0,0
Chirurgia Vascolare	819	0,8	884	0,9
Gastroenterologia	605	0,6	625	0,6
Malattie Infettive	462	0,5	396	0,4
Materno Infantile	10.587	10,7	10.371	10,3
Medicina Generale	14.625	14,8	13.601	13,5
Neurochirurgia	123	0,1	39	0,0
Neurologia	1.835	1,9	1.864	1,9
Oculistica	2.323	2,3	2.290	2,3
Oncoematologia	530	0,5	595	0,6
Ortopedia	29.155	29,4	30.164	30,0
Otorinolaringoiatria	3.415	3,4	3.454	3,4
Psichiatria	2.851	2,9	2.870	2,9
Terapia intensiva	1.027	1,0	955	1,0
Urologia	5.009	5,1	5.281	5,3
<b>Totale</b>	<b>99.029</b>	<b>100,0</b>	<b>100.494</b>	<b>100,0</b>

### 4.1.3 Il Programma Nazionale Esiti

Sviluppato dall'Agencia Sanitaria per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) su mandato del Ministero della Salute, il Programma Nazionale Esiti (PNE) si presenta come strumento a supporto di programmi di audit clinico ed organizzativo e riconosce come scopo il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità degli interventi sanitari. Accessibile e consultabile al sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it), PNE offre ai cittadini (ed ai media) anche una serie di informazioni dettagliate sull'attività delle strutture ospedaliere italiane: attraverso *PNE Informa* vengono infatti soddisfatte domande come "taglio cesareo, cosa sapere", "calcolosi della colecisti: numero minimo di interventi", etc etc.

Il Programma Nazionali Esiti si basa su fonti normative nazionali e regionali, ed ha come obiettivo la valutazione e la misurazione delle performance degli ospedali attraverso il confronto con standard, parametri di riferimento e risultati.

Negli ultimi anni PNE ha incrementato costantemente il numero di indicatori valutati e selezionati. In particolare sono aumentati nell'area angiologica, ortopedica e pediatrica, passando da 146 nel 2015, a 165 nel 2016, fino a **166 indicatori** nel 2017 (67 di esito e processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione). L'ultima edizione, pubblicata nel dicembre 2017 e relativa all'attività svolta nel 2016, documenta il permanere di disomogeneità anche notevoli tra Regioni, aree e singoli ospedali, pur di fronte ad un sostanziale miglioramento. I dati AOUI sono riportati in Allegato 2.

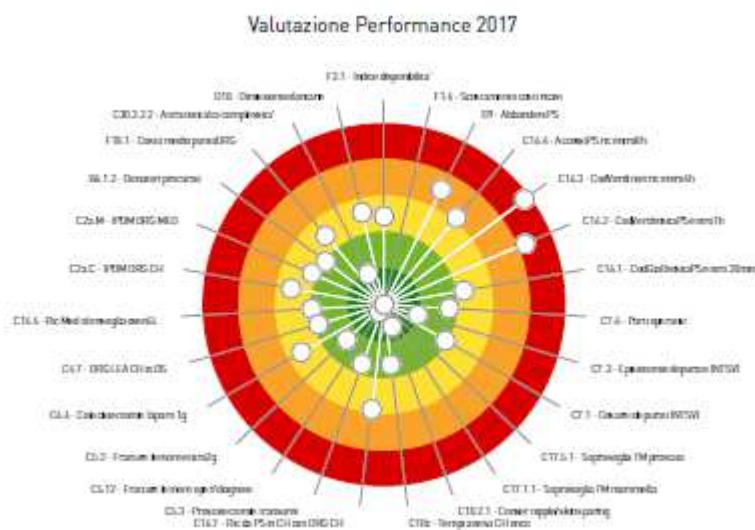
### 4.1.4 Il Network Regioni (Progetto Bersaglio)

Avviato nel 2004 dalla Regione Toscana, il Network si pone l'obiettivo di fornire alle Regioni che vi aderiscono su base volontaria una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria, attraverso l'utilizzo di indicatori elaborati sulla base delle informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera messe a disposizione dalle Regioni al Laboratorio Management Sanità (MeS) della Scuola Superiore San'Anna di Pisa, struttura coordinatrice del Progetto. Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di circa 200 indicatori, di cui 100 di valutazione e 100 di osservazione, volti a descrivere e confrontare - tramite un processo di benchmarking - le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa. Dal 2008 i risultati sono resi pubblici attraverso un Report annuale, accessibile al sito <http://performance.sssup.it/netval>.

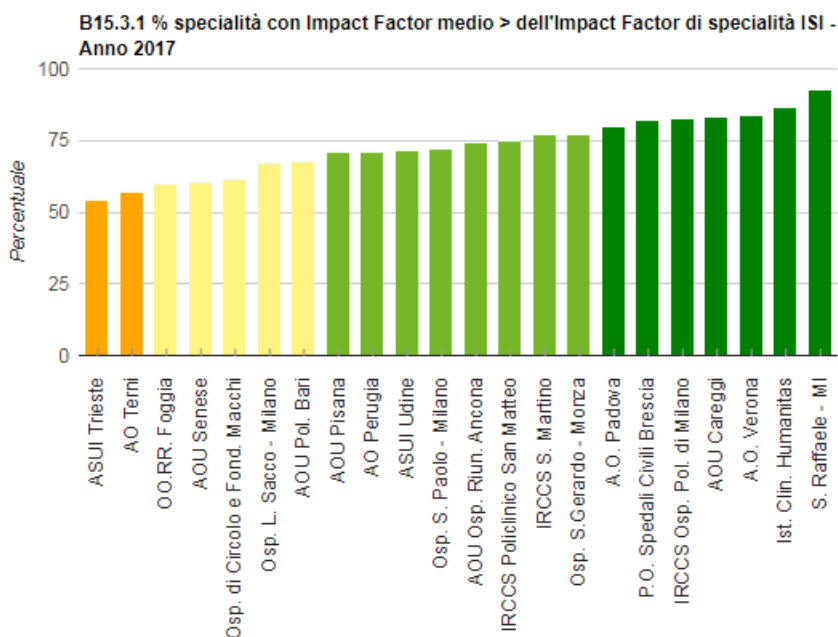
Solo a partire dal 2016 il Network pubblica un Report dedicato alle Aziende Ospedaliere, valutate sulla base di oltre 90 indicatori afferenti a diverse aree: Missione, Efficienza, Appropriatazza organizzativa, Qualità dei percorsi, Compliance, Percorso materno infantile, Percorso oncologico, Pronto Soccorso, Equilibrio economico-finanziario. I risultati sono

rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza, attraverso l'utilizzo di codici colore.

La buona valutazione ottenuta anche nel 2017 da AOUI indica come risultino critici solo alcuni indicatori relativi all'area del Pronto Soccorso.



Gli ultimi dati pubblicati dal Network Regioni confermano l'elevato livello di **attività scientifica** svolta in AOUI, che si posiziona al primo posto tra le strutture valutate



## 4.2 L'analisi del contesto interno

La revisione del proprio assetto organizzativo operata con l'adozione del nuovo Atto Aziendale ha comportato, per AOUI, una semplificazione delle strutture ed una riorganizzazione che mira a potenziare l'efficienza interna.

L'AOUI, oltre a caratterizzarsi come polo di attrazione nazionale ed internazionale, assicura altissima qualità all'assistenza e sviluppa aree di eccellenza, svolgendo un ruolo importante nell'ambito delle reti cliniche che definiscono l'offerta regionale. Lo sviluppo dell'eccellenza

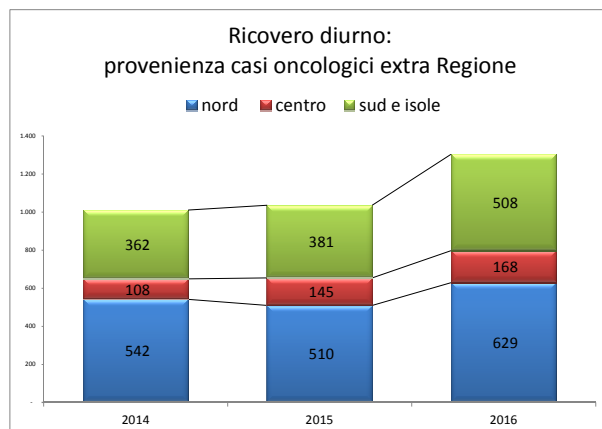
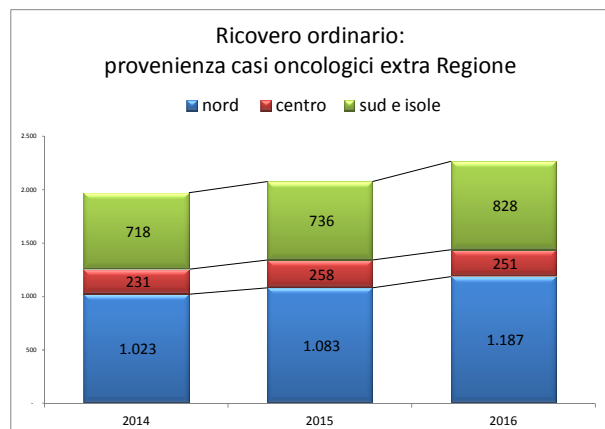
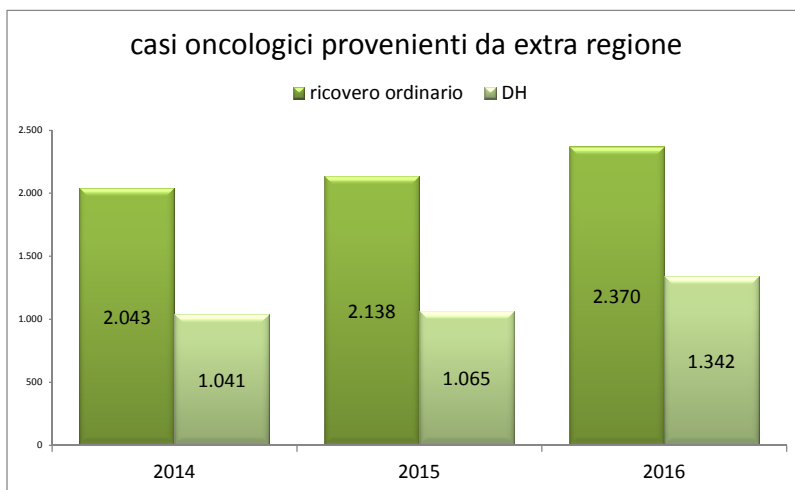
risponde alla vocazione dettata da importanti aree di ricerca di base e applicata che trovano realizzazione nell'integrazione con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali.

La tabella mette a confronto i risultati di alcuni indicatori - tratti dal Rapporto del Ministero della Salute - che testimoniano come le azioni adottate nell'ultimo decennio nell'area **dell'appropriatezza organizzativa e clinica** abbiano portato l'AOUI a livelli eccellenti.

anno 2016		Italia	Veneto	AOUI
ricovero ordinario	Mobilità extraregione	8,2	8	14,7
	degenza media	6,9	7,9	8,2
	degenza media preoperatoria	1,7	1,6	1,2
	peso medio DRG	1,2	1,2	1,4
	DRG medici dimessi da UO chirurgiche	28,6	27,5	17,5
	RO medici brevi 2-3 gg	25,1	22,4	19,2
	RO medici oltresoglia >65 a	4,4	6,4	3,3
DH	DH medico diagnostico	38,6	16,2	10,6

I dati relativi alla **capacità attrattiva** esercitata dall'AOUI sono considerevoli, soprattutto se si osservano i valori inerenti ai **pazienti oncologici**.

L'analisi della provenienza geografica indica come la quota di pazienti con diagnosi oncologica residenti nelle regioni del sud e nelle isole sia in costante aumento, mentre restano sostanzialmente stabili gli arrivi dei residenti nelle altre aree geografiche.

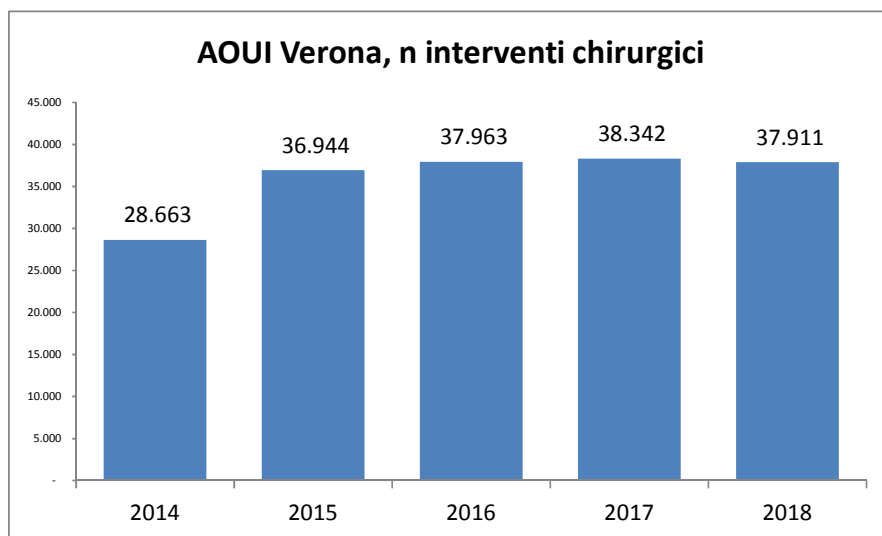


Anche i dati sui **volumi di attività** monitorati dal Programma Nazionale Esiti confermano la **vocazione oncologica** di AOUI: restringendo il campo alla categoria "tumori maligni", la

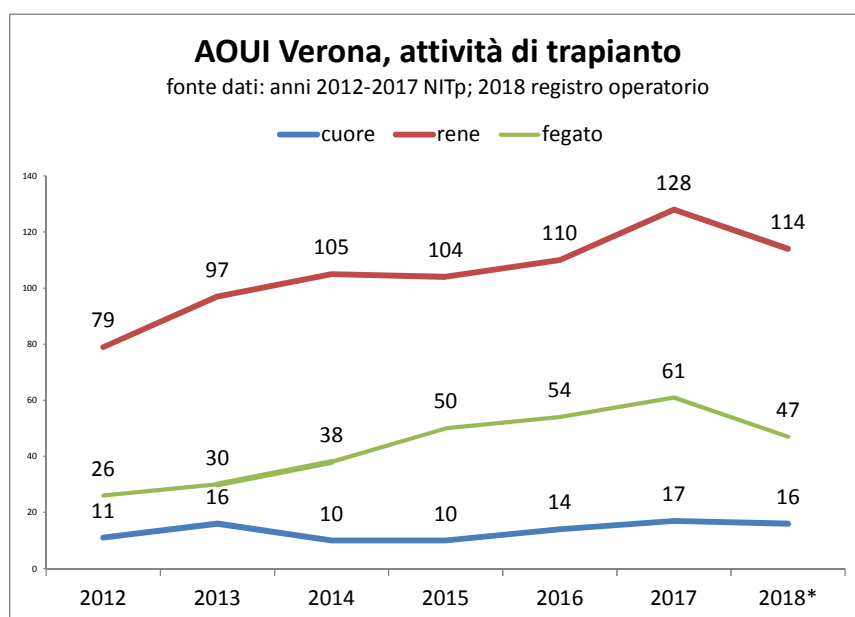
tabella sottostante indica il numero di interventi chirurgici effettuati nelle maggiori aziende ospedaliere ed IRCCS italiani nel 2016 (fonte dati: PNE 2017):

Struttura	PNE, numero di interventi per Tumori Maligni (anno 2016)																		
	cerebrale	colecisti	colon	(colon laparo)	esofago	fegato	laringe	mammella	pancreas	polmone	prostata	(prostatect radicale)	rene	retto	(retto laparo)	stomaco	tiroide	utero	vescica
AO San Martino-GE	78	3	210	84	13	99	73	705	16	195	49	36	84	78	47	44	71	104	35
AO Umberto I-RM	229	4	200	11	8	63	26	351	27	163	87	86	94	46	5	57	135	82	17
AOU Ancona	195	3	161	65	1	92	22	583	16	116	112	107	104	95	33	31	39	1	40
AOU Bologna	--	25	319	4	4	184	14	379	42	138	422	410	251	54	21	57	83	189	89
AOU Careggi	280	3	262	165	24	69	26	864	33	292	500	491	382	382	69	128	108	155	124
AOU Molinette-TO	292	25	230	128	42	80	24	9	53	141	156	143	85	113	52	93	134	5	53
AOU Padova	258	14	179	55	67	544	29	238	48	327	184	157	126	43	15	65	317	88	53
AOU Pisana	197	18	305	178	36	185	34	655	118	253	188	172	243	140	90	61	786	154	71
AOU Senese	166	8	93	12	1	8	4	185	14	152	57	57	43	17	1	39	13	25	19
<b>AOUI Verona</b>	<b>508</b>	<b>46</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>204</b>	<b>23</b>	<b>436</b>	<b>319</b>	<b>151</b>	<b>216</b>	<b>207</b>	<b>102</b>	<b>56</b>	<b>35</b>	<b>78</b>	<b>199</b>	<b>90</b>	<b>55</b>
IRCCS Humanitas-MI	428	6	149	103	37	160	20	969	81	306	312	288	133	59	47	48	43	103	39
IRCCS S. Raffaele-MI	354	18	173	125	60	177	25	318	166	181	311	287	125	64	57	61	104	69	83

Negli ultimi anni l'attenzione focalizzata sull'**attività chirurgica** ha permesso di utilizzare al meglio la dotazione di sale operatorie presenti in AOUI, che ha visto così incrementare il numero di interventi chirurgici. Tuttavia nel corso del 2018 la carenza di personale, soprattutto di medici anestesisti, ha determinato una lieve flessione che presumibilmente continuerà anche nel 2019.



Di pari passo il programma di **trapianti** d'organo ha raggiunto livelli considerevoli. Per quanto riguarda l'attività di **procurement** di organi, AOUI registra il più basso tasso di opposizione alla donazione in Veneto, con un valore pari al 16,7% a fronte del 20,7% regionale

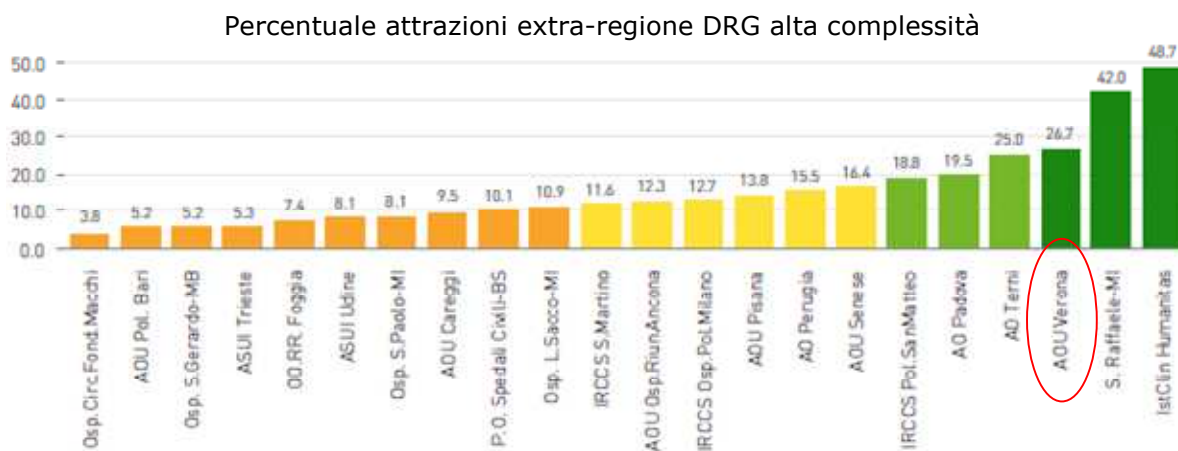




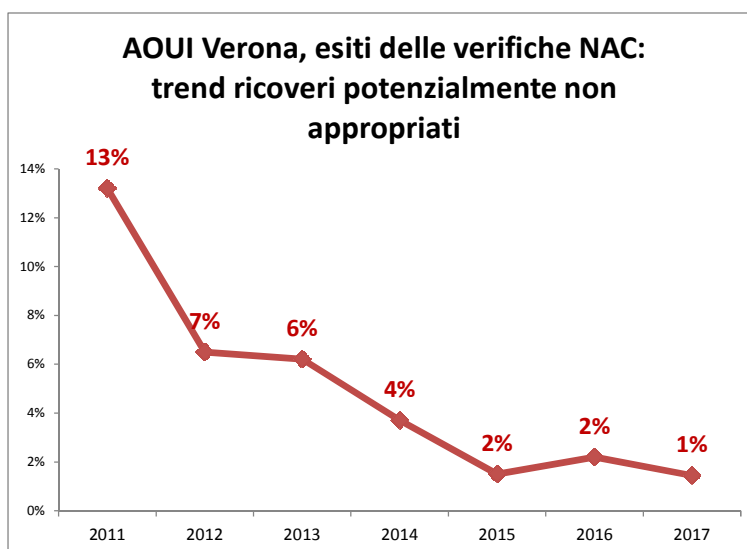
### 4.3 Swot Analysis

I dati descritti nei paragrafi precedenti esprimono al meglio il livello di eccellenza raggiunto in AOUI, mentre il contesto esterno appare caratterizzato dalla necessità di mantenere e preservare il ruolo Hub di AOUI non solo a livello nazionale, ma anche all'interno del complesso sistema di inter-relazioni con le altre aziende, non solo venete.

Uno degli indicatori che ben sintetizza e testimonia il livello raggiunto è quello relativo alla percentuale di casi extra regione con DRG ad alta complessità, pubblicato nell'ultimo Report del network Regioni, che vede l'AOUI collocata al terzo posto del rank subito dopo due strutture come l'Humanitas ed il San Raffaele:



Negli ultimi dieci anni l'AOUI si è inoltre impegnata a fondo per recuperare margini di efficienza in molte aree, da quella chirurgica a quella relativa alla riduzione della degenza media, aumentando al contempo il livello di appropriatezza del setting assistenziale.



Tuttavia, il permanere di alcuni fenomeni - quali l'elevata percentuale di casi urgenti o le difficoltà legate alle dimissioni di molte tipologie di pazienti - richiederebbero la revisione dei protocolli relativi alla gestione della rete dell'urgenza ed all'individuazione di strutture per post-acuti in ambito territoriale. Il governo dei flussi in ingresso e in uscita rappresenta un ulteriore punto cardine per salvaguardare il ruolo di ospedale di alta complessità ed

assicurare l'espletamento delle funzioni che la Regione Veneto ha assegnato all'AOUI, la cui vocazione distintiva e di eccellenza rischia di essere messa in crisi non solo dalla crescente pressione esercitata dalle urgenze - spesso di bassa e media complessità - ma soprattutto dalla mancata realizzazione di strutture alternative sul territorio e dal crescente ruolo svolto dall'ospedalità privata accreditata presente nell'area veronese.

Come testualmente recita l'ultimo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2019-2023 (pag. 63) *"negli ultimi anni gli erogatori privati accreditati sono stati inseriti completamente nel sistema di offerta regionale garantendo una perfetta integrazione con le strutture pubbliche e nel contempo sono state mantenute e sviluppate le differenziazioni tra strutture, mantenendone ove presenti le specializzazioni e le eccellenze"*. Se *"obiettivo della programmazione è quello di assicurare il completamento del processo di integrazione e di specializzazione della rete ospedaliera, governarne le integrazioni e le sinergie in particolare per le strutture private accreditate identificate come presidi ospedalieri di rete regionale al fine di aumentare l'accessibilità e l'universalità del sistema sanitario"* è auspicabile che non solo i processi di collegamento tra ospedale per acuti e territorio siano migliorati, ma che anche le *regole di ingaggio* siano rese quantomeno omogenee, realizzando appieno quegli ambiti di integrazione necessari per garantire una corretta presa in carico del paziente.

Infine, va richiamata la difficoltà di re-integrare l'organico a seguito di cessazioni di alcune figure professionali: ci si riferisce in particolare al personale medico di anestesia e pronto soccorso, la cui carenza in futuro potrebbe influire negativamente sulla produzione.

La matrice di **Swot Analysis** sintetizza efficacemente i fattori di contesto ritenuti determinanti:



#### 4.4 Gli obiettivi strategici 2018-2020

L'analisi di contesto effettuata ha contribuito all'individuazione degli obiettivi ritenuti strategici dalla Direzione Aziendale dell'AOU, che - insieme ai target assegnati dalla Regione - rappresentano le linee di indirizzo per la definizione della programmazione aziendale del triennio, di seguito sintetizzate.

Garantire elevati livelli di **eccellenza**, potenziando il proprio ruolo di centro *Hub* nel contesto provinciale, regionale e nazionale attraverso:

- il mantenimento dell'attività di ricerca e lo sviluppo della sperimentazione clinica
- il potenziamento dell'attività trapiantologica (fegato, rene, cuore, midollo) e di procurement
- l'attivazione del *Liver and Biliary Center*
- il miglioramento della performance dei Centri di Riferimento Regionali
- la presa in carico dei pazienti oncologici, anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)
- la continua implementazione delle reti cliniche, con particolare riferimento alle reti tempo-dipendenti (IMA, Ictus, Trauma, trasporto neonatale)
- lo sviluppo di aree specialistiche pediatriche: cardiologia, cardiologia interventistica, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo facciale, oculistica, ortopedia, ORL
- il mantenimento delle performance registrate nel panel di indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE), del Progetto Bersaglio (Network Regioni-MeS), e del Progetto ONDA.

Aumentare **efficacia ed efficienza** del proprio sistema attraverso:

- l'attuazione del nuovo Atto Aziendale, anche attraverso la riorganizzazione dei processi amministrativi di supporto
- il contenimento dei tempi di attesa ambulatoriali e di ricovero, con particolare attenzione alla chirurgia oncologica, alla cardiocirurgia e all'ortopedia
- la riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza, attraverso la realizzazione del coordinamento trasporti SUEM 118 su base provinciale
- la revisione dei protocolli di accesso e di triage avanzato nei Servizi di Pronto Soccorso, anche al fine della riduzione dei tempi di attesa
- la riorganizzazione dei percorsi in urgenza/emergenza
- la riorganizzazione dell'area medica presso l'ospedale di Borgo Roma
- il consolidamento delle performance chirurgiche
- la riduzione della degenza media dei ricoveri in alcune aree
- il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per le principali patologie cronico-degenerative (pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus), anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Interdisciplinari
- l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale

Migliorare la **qualità della vita in ospedale**, per i pazienti ed i loro familiari e per il personale, attraverso:

- il miglioramento di tutti gli aspetti legati all'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari
- l'implementazione dell'approccio integrato nell'area della sicurezza

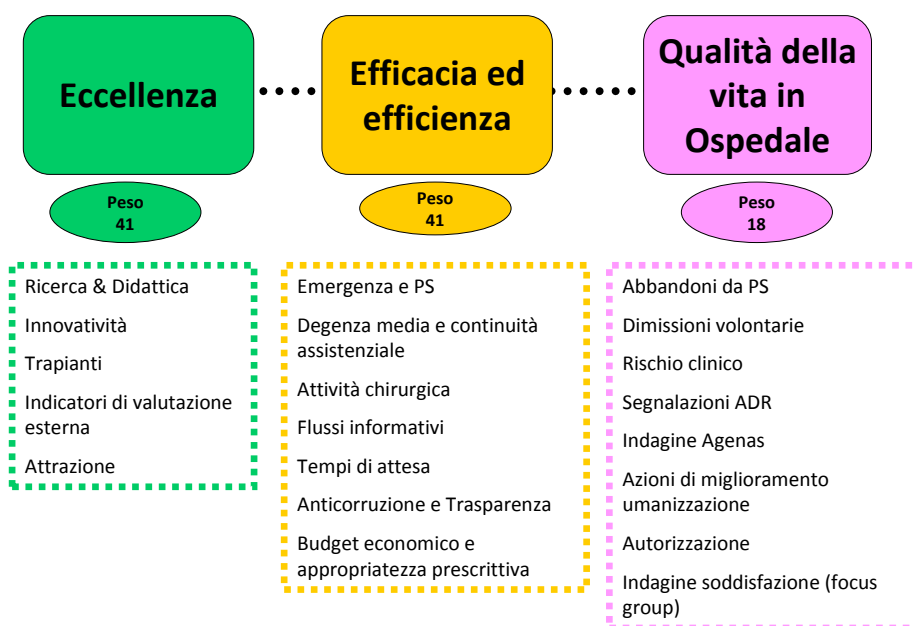
- la garanzia di efficaci azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati
- l'implementazione delle Cure Palliative
- la promozione di interventi atti a migliorare il clima organizzativo interno ed il benessere dei dipendenti
- il consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione
- il completamento dell'organizzazione: a Borgo Trento dell'Ospedale Donna e Bambino, a Borgo Roma dell'Edificio Nord
- la realizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di riqualificazione dell'ospedale di Borgo Roma

Per quanto riguarda la **didattica** – intesa come formazione di base, post base e specialistica – l'impegno dell'AOUI continuerà a concentrarsi sui corsi di studio delle professioni sanitarie, sui corsi di laurea in medicina e sulle scuole di specialità medica, consapevole che la messa a disposizione delle proprie strutture e del personale (in qualità di tutor e guide di tirocinio) rappresenta la base per lo svolgimento dell'attività stessa. Altrettanto impegno sarà garantito per lo sviluppo e la valorizzazione dell'**offerta formativa**, con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Gli obiettivi strategici del triennio verranno dettagliati nel Documento di Direttive – Linee operative per il budget 2019 e definiti per ciascuna Unità Operativa nella Scheda di Budget 2019.

In continuità con l'anno precedente i target saranno suddivisi in tre macro-aree:

### Formulazione del budget 2019



## 5. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE IN AOUI

---

### 5.1 Il sistema di misurazione e valutazione della performance

La performance è definita come *"il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita"* (CiVIT, 2010).

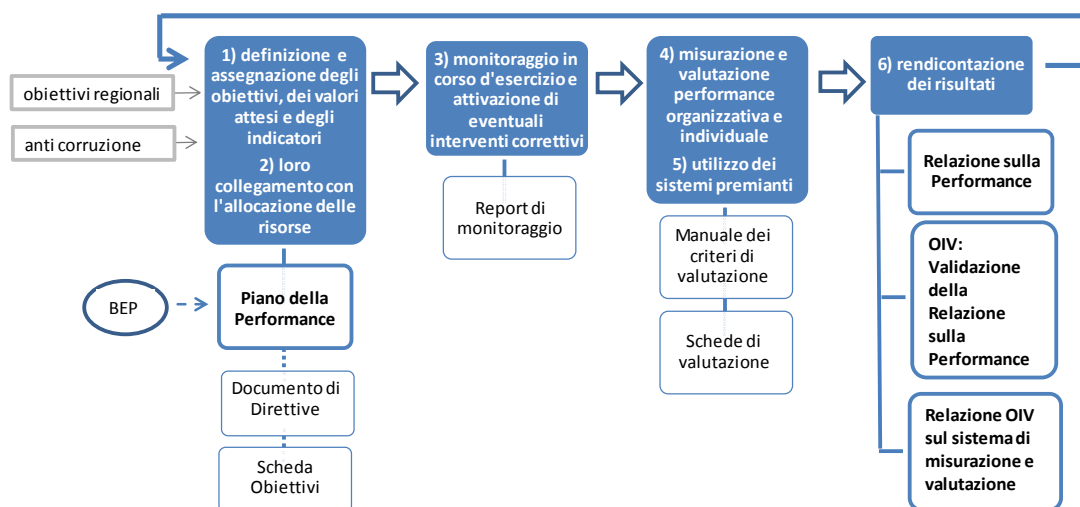
Il Ciclo della Performance è stato introdotto dal Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 (Decreto Brunetta): volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti, il decreto disciplina il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti della Pubblica Amministrazione (PA), definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per la sua attuazione. Secondo il Decreto *"Ogni amministrazione pubblica è tenuta misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, adottando modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni. Ai fini dell'attuazione dei principi generali le amministrazioni sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, il ciclo di gestione della performance"*.

La norma individua un duplice livello di presidio nell'implementazione del ciclo della performance:

1. a livello nazionale esso è stato dapprima attribuito alla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle pubbliche amministrazioni (CiVIT), poi divenuta Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che nel corso degli anni ha emanato una lunga serie di delibere volte a fornire indicazioni metodologiche e linee-guida; a partire dal 2014 tali funzioni sono state trasferite al Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del consiglio dei ministri;
2. a livello della singola amministrazione è stata prevista l'istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), con il compito di promuovere, garantire, monitorare, validare e controllare la correttezza dei processi relativi al ciclo della performance.

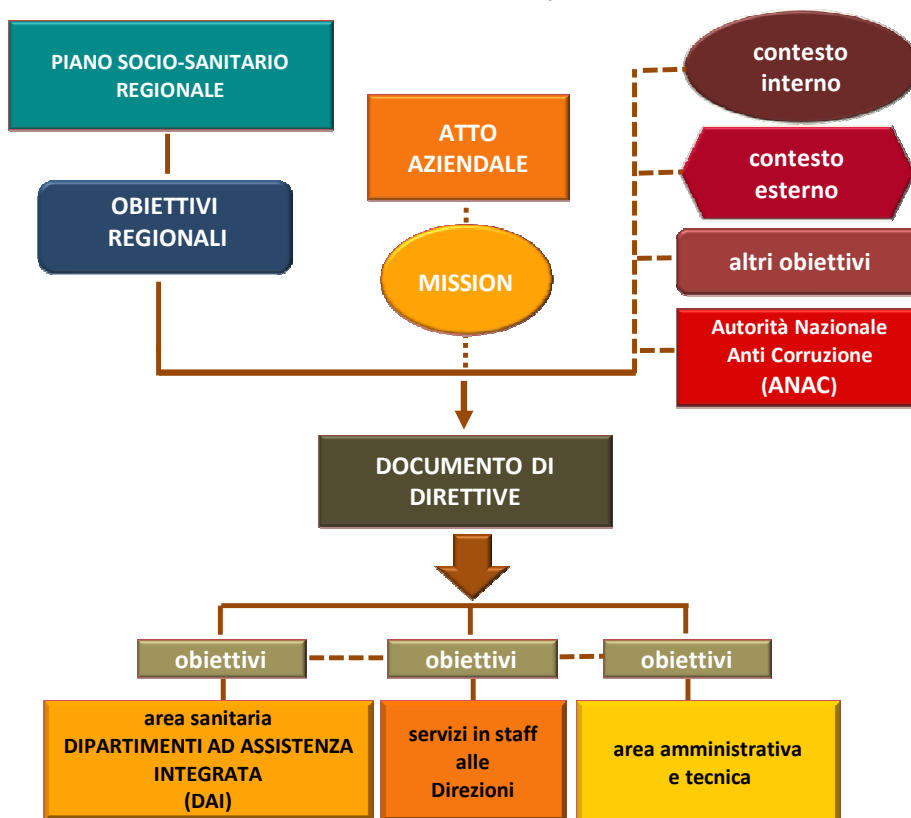
Con Legge Regionale n. 9 del 26.05.2011, modificata dalla LR n. 22 del 11.11.2011, la Regione Veneto ha emanato l'adeguamento ai principi del Decreto Brunetta, dettagliandone successivamente le linee guida applicative per le aziende del Servizio Sanitario Regionale con la DGRV n. 140/2016.

L'insieme di leggi, regolamenti e linee guida emanati dal Legislatore negli ultimi decenni costituiscono ormai un corpus normativo complesso, che nel tempo ha compreso anche altre materie collegate alla performance, come la trasparenza e l'anticorruzione.



L'albero della performance dell'AOUI, riportato di seguito, si presenta come una mappa logica in grado di rappresentare, graficamente, gli stretti legami tra il mandato istituzionale, la missione, la visione, gli obiettivi strategici e quelli operativi.

AOUI Verona: albero 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.

La valutazione della **performance organizzativa**, condotta dalla Direzione Aziendale col supporto del Controllo di Gestione, è collegata alla valutazione della **performance individuale**, che misura l'apporto del singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura. La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione. Entrambe le tipologie di valutazione sono finalizzate anche al riconoscimento degli incentivi economici previsti dal sistema premiante. Il sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti, individuando le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Il processo è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

- il Piano della Performance, triennale ma suscettibile di aggiornamenti annuali;
- il Documento di Direttive per l'anno in corso;
- Metodologia aziendale del processo di budget;
- Sistema di misurazione e valutazione individuale
- La Relazione annuale sulla Performance.

Il sistema prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'AQUI del Piano della Performance, del Documento di Direttive, della Relazione sulla Performance, della tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti, dell'analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo delle premialità sia per i dirigenti che per il personale del comparto.

Il processo è monitorato dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che ne testa il funzionamento complessivo anche rispetto alle tematiche della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso.

Come previsto dalla normativa vigente il **ciclo di gestione della performance** in AQUI si articola nelle fasi della metodica di budget, descritte di seguito.

### **5.1.1 Programmazione**

La Regione Veneto, con deliberazione di Giunta, assegna gli obiettivi annuali ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie. Negli ultimi anni tali obiettivi hanno assunto una posizione dominante nella programmazione annuale delle attività delle articolazioni aziendali. La fase di programmazione è di competenza della Direzione Aziendale, che attraverso il **Piano della Performance** definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi individua i progetti di interesse aziendali, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità, fornisce indicazioni sulla metodologia del processo di budget.

Il documento che emerge dalla fase di programmazione è il **Documento di Direttive**, che costituisce il momento di avvio del processo di budget per l'anno in corso e rappresenta il punto di riferimento in termini di obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e criteri per la formulazione del budget. Il Documento di Direttive, presentato dapprima al Collegio di Direzione, viene inviato ai Direttori di struttura complessa, ai Responsabili di USD ed ai Coordinatori al fine di darne massima diffusione. L'avvio del processo di budget e tutta la documentazione inerente al ciclo della performance viene comunicata tempestivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOU, che ha il compito istituzionale di vigilare sull'intero processo.

### **5.1.2 Formulazione del budget**

Il Controllo di Gestione, sulla base del Documento delle Direttive, predispone la scheda di budget (scheda obiettivi) per ogni articolazione aziendale. La scheda di budget riporta gli obiettivi da perseguire, le azioni e gli indicatori di verifica nonché il peso assegnato agli obiettivi (che possono essere raggruppati in aree). Il Documento, che recepisce gli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione, può essere integrato con obiettivi aziendali anche proposti dalle singole Unità Operative. Le schede di budget sono quindi trasmesse ai Direttori (di Dipartimento, di Unità Operativa Complessa), ai Responsabili di Unità Semplice a valenza Dipartimentale ed ai Coordinatori. Le schede obiettivo sono archiviate presso il Controllo di Gestione.

A questo punto prende avvio la fase di diffusione e discussione: la Direzione Aziendale dà mandato ai Direttori di Dipartimento di organizzare gli incontri, che richiedono la presenza dei Direttori di UOC, dei Responsabili di USD e dei Coordinatori; ciascun Responsabile può essere coadiuvato da propri Collaboratori. Scopo degli incontri è concordare un sistema condiviso di obiettivi, partendo dalle schede di budget e tenendo conto delle proposte di integrazione, modifica e rettifica. Il Controllo di Gestione svolge funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formulazione degli obiettivi specifici; in qualità di Struttura Tecnica permanente aggiorna l'Organismo Indipendente di Valutazione sullo stato dell'arte dell'intero processo.

I Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Complessa, i Responsabili di USD ed i Coordinatori hanno l'obbligo di **informare** i propri Collaboratori in merito agli obiettivi assegnati, col fine di diffondere al personale i contenuti della programmazione dell'AOU, gli obiettivi assegnati alla struttura, gli indicatori ed i risultati attesi, che saranno poi utilizzati per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa. La diffusione delle informazioni all'interno delle strutture aziendali deve avvenire all'insegna della massima trasparenza e con modalità strutturate e verificabili, ad esempio organizzando un incontro di Giunta o un Consiglio di Dipartimento e per mezzo di un riesame della direzione, il cui verbale resta agli atti quale evidenza anche in caso di eventuali contestazioni. In base alle



norme del Sistema Qualità aziendale (UNI EN ISO 9001:2015) il riesame della direzione "è lo strumento per riesaminare il sistema di gestione per la qualità dell'organizzazione, per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia, nonché l'allineamento agli indirizzi strategici dell'organizzazione".

### **5.1.3 Monitoraggio ed attivazione di eventuali interventi correttivi**

L'attività di monitoraggio rappresenta una fase fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema, poiché consente di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi assegnati ed i risultati attesi e, se necessario, adottare le necessarie misure correttive. La misurazione delle attività svolte e dei consumi si basa sui dati provenienti dai sistemi informativi aziendali; per quanto riguarda gli indicatori di tipo non numerico, e quindi non desumibili da procedure informatizzate, il sistema di monitoraggio e verifica degli obiettivi utilizza relazioni su stati di avanzamento.

Il Controllo di Gestione predispone e mette a disposizione della Direzione strategica e degli altri attori del processo di budget la reportistica finalizzata al monitoraggio, trimestralmente per le Unità Operative e mensilmente per la Direzione aziendale. Inoltre il Servizio Farmacia provvede ad elaborare e distribuire dei report di dettaglio, in particolare per le UO/Servizi che utilizzano farmaci e dispositivi ad alto costo. Alla reportistica standard si affianca una serie di report analitici e di dettaglio, spesso personalizzati, per indagare ed approfondire ambiti e situazioni critiche. Alcuni obiettivi aziendali vengono inoltre monitorati anche dai Tavoli Tecnici, che ne illustrano l'andamento alla Direzione aziendale con cadenza trimestrale.

Nel caso di eventi non prevedibili che possono rendere difficile se non impossibile la realizzazione di uno o più obiettivi, si procede alla revisione del budget, ri-adequando obiettivi ed indicatori. In base alle risultanze dei controlli periodici, o a fronte di situazioni di previsto squilibrio economico-finanziario, il Direttore Generale può procedere alla revisione del budget generale. Gli esiti dei monitoraggi vengono sintetizzati dal Controllo di Gestione e resi disponibili al Collegio di Direzione ed all'Organismo Indipendente di Valutazione. In presenza di forti scostamenti tra valori registrati e valori attesi il Controllo di Gestione organizza un incontro con i Direttori di riferimento e/o Responsabili di USD per valutare le motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno. È prevista la possibilità di revisione degli accordi.

Va comunque sottolineato come negli ultimi anni il ruolo della Regione Veneto, per quanto concerne l'attività di monitoraggio, si sia notevolmente ampliato e consolidato: la progressiva implementazione del Datawarehouse regionale consente oggi alle aziende sanitarie del SSR l'accesso alla valutazione mensile dello status dei più rilevanti indicatori di attività. Il ruolo guida della Regione si esprime inoltre negli incontri di monitoraggio degli obiettivi assegnati al Direttore Generale, organizzati con cadenza trimestrale, e nelle visite

ispettive svolte presso le aziende sanitarie da parte dei funzionari regionali che seguono aree ritenute di particolare rilevanza.

### **5.1.3 Valutazione della performance (valutazione annuale dei risultati)**

Il sistema di misurazione e di valutazione dei risultati (performance) è rivolto a tutto il personale dipendente dell'AOU, dato che i processi di misurazione e di valutazione riguardano sia la performance organizzativa che quella individuale.

La valutazione della **performance organizzativa** si realizza, con riferimento alla singola struttura operativa (UOC, USD, MdA), utilizzando il sistema di misurazione legato agli obiettivi di budget, al set di indicatori prestabilito ed ai valori degli stessi a consuntivo, con riferimento ai target attesi. La valutazione viene condotta dal Direttore Sanitario e dai Tavoli Tecnici (per i DAI e per i Servizi in Staff afferenti alla Direzione Sanitaria) e dal Direttore Amministrativo per le strutture di competenza, col supporto del Controllo di Gestione. I criteri e le modalità utilizzati per la valutazione della performance organizzativa sono esplicitati nel Manuale dei criteri di valutazione, trasmesso ai Responsabili di struttura unitamente alla *Scheda di valutazione della performance organizzativa*.

Il sistema di valutazione della performance organizzativa vigente in AOU prevede che i Direttori delle Unità Operative possano presentare eventuali controdeduzioni in relazione alla valutazione ottenuta, entro 20 giorni dal ricevimento della stessa. Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore dell'Unità Operativa ed inviate al Controllo di Gestione, vengono analizzate dalla Direzione Aziendale: qualora accolte, danno luogo alla revisione del punteggio assegnato.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget costituisce, per ogni singola Unità Operativa, il requisito per accedere alla retribuzione di risultato. Il sistema prevede che un parziale raggiungimento degli obiettivi, non giustificabile da fattori contingenti ed imprevedibili intervenuti in corso d'anno, comporti una proporzionale e limitata erogazione dell'incentivo: il mancato ed immotivato raggiungimento dei risultati concordati, oltre a determinare gli effetti giuridici indicati dai CCNL delle aree dirigenziali, comporta la mancata attribuzione dell'incentivo ed il recupero dell'eventuale quota corrisposta per stato di avanzamento.

Per quanto concerne la **performance individuale**, la funzione di misurazione e valutazione è individuata nel ruolo del valutatore che, ai diversi livelli ed in conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti, si sviluppa in senso gerarchico, in relazione ai compiti ricoperti ed in conformità con l'assetto organizzativo aziendale definito dall'Atto Aziendale (Dirigenti responsabili di Unità Operative, Servizio o Ufficio, Coordinatori, Responsabile del Servizio per le Professioni Sanitarie). La performance individuale, volta a misurare il contributo del singolo al raggiungimento degli obiettivi aziendali, oltre a fattori relazionali/comportamentali, viene misurata annualmente dal diretto responsabile gerarchico attraverso apposite schede di valutazione in applicazione dei vigenti CCNL e delle

intese tra Amministrazione ed Organizzazioni Sindacali riferite alle tre aree contrattuali: Dirigenza Medica – Dirigenza Sanitaria, Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa e Comparto.

#### **5.1.4.1 Valutazione della performance individuale area Dirigenza Medica e Dirigenza SPTA**

Per quanto riguarda la Dirigenza Medica e la Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa esiste una differenziazione in base al tipo di incarico conferito:

- A. Dirigente con incarico di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale: la valutazione viene effettuata a cura del Direttore di Dipartimento, sentito il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo (secondo l'area di appartenenza) sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa) assegnati all'Unità Operativa nell'anno di riferimento;
- B. altri Dirigenti: la valutazione avviene a cura dei rispettivi Direttori di Unità Operativa di appartenenza, attraverso la scheda di valutazione individuale, che considera 5 parametri:
  - 1. Qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura (U.O.)
  - 2. Grado di conseguimento di specifici obiettivi individuali (grado attuazione compiti affidati)
  - 3. Grado di competenza professionale (e manageriale – solo per i Direttori di Struttura) dimostrata nel perseguire il raggiungimento degli obiettivi
  - 4. Capacità di valutare i propri collaboratori rendendoli partecipi al conseguimento degli obiettivi. Capacità di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività
  - 5. Grado di adesione ai valori aziendali, tra cui trasparenza, onestà, coerenza, orientamento all'utenza, rispetto delle persone e delle cose, valorizzazione dei collaboratori, qualità e impegno, responsabilità, apertura al cambiamento.

I punteggi dei singoli item della scheda possono assumere i seguenti valori: 2-8-16-18-20.

Il metodo di calcolo per l'assegnazione della retribuzione individuale di risultato si basa sulla somma dei punteggi attribuiti aggregando poi i punteggi per range:

Fascia di punteggio	Quota spettante
Da 10 a 30	0%
Da 31 a 47	30%
Da 48 a 67	60%
Da 68 a 80	80%
>81	100%

Il risultato così conseguito viene infine moltiplicato per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riferiti all'Unità Operativa di appartenenza (performance organizzativa), così come certificato dal Controllo di Gestione, e parametrato ai giorni di presenza. In fase di determinazione della retribuzione di risultato spettante, si tiene conto della corresponsione delle quote di acconto erogate ai singoli dirigenti con cadenza mensile a titolo di stati di avanzamento, prima di procedere al pagamento del saldo spettante.

La scheda di valutazione individuale costituisce, con riferimento all'anno precedente, non solo la valutazione ai fini dell'assegnazione della retribuzione di risultato ma, al termine

dell'incarico conferito, per la sola Dirigenza Medica viene utilizzata dal Collegio Tecnico di valutazione di II istanza per la valutazione relativa all'attività professionale ed ai risultati raggiunti, al fine della conferma o revoca dell'incarico. Serve altresì per la verifica riconducibile all'applicazione di eventuali ulteriori istituti contrattuali.

Al fine di documentare l'avvenuta informativa sugli elementi costitutivi del processo di valutazione, si prevede che il Direttore valutatore richieda al Dirigente valutato di apporre la propria firma per presa visione sulla scheda, con eventuali osservazioni del valutato stesso e la data in cui è avvenuto l'incontro.

#### **5.1.4.2 Valutazione della performance individuale area Comparto**

Il collegamento tra performance individuale e performance organizzativa, storicamente più strutturato per la dirigenza, per il personale del Comparto ha trovato realizzazione negli ultimi accordi integrativi siglati con le Organizzazioni Sindacali di categoria, che prevedono che il fondo della produttività individuale, al netto delle quote destinate a premiare particolari obiettivi strategici (fondo Direttore Generale) e di quelle volte al riconoscimento di maggiori responsabilità, venga suddiviso in due percorsi distinti nelle percentuali del 60% e 40%.

La quota relativa al primo percorso (quota A), collegata agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto al Direttore Generale dell'AOU, viene integralmente erogata qualora la valutazione della performance aziendale complessiva dell'anno di riferimento sia non inferiore al 75% del punteggio messo a disposizione dalla Regione per la sua misurazione: in caso contrario viene proporzionalmente ridotta.

La quota relativa al secondo percorso (quota B) è invece destinata a premiare le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici di singole équipe, Moduli di Attività, Unità Operative e viene corrisposta sulla base delle schede di valutazione individuale; a titolo di esempio si riportano i parametri utilizzati per la valutazione del personale del Comparto:

- 1) grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'équipe
- 2) relazione con utenti – colleghi – superiori
- 3) integrazione nel gruppo
- 4) coinvolgimento nei cambiamenti organizzativi
- 5) iniziativa personale e proposta di soluzioni innovative/migliorative
- 6) orientamento al risultato e al miglioramento continuo
- 7) capacità di organizzare autonomamente la propria attività lavorativa
- 8) capacità di utilizzo e/o gestione delle risorse assegnate.

Per ciascun item è prevista una valorizzazione che per il punto 1) va da 1 a 16, mentre per gli altri punti va da 1 a 12, per un totale massimo di punti 100. In relazione al punteggio raggiunto viene erogata una quota individuale proporzionale che rappresenta una parte dell'importo complessivo della produttività spettante. Il valore degli incentivi viene

ovviamente messo in relazione coi giorni di presenza al lavoro e all'eventuale part-time; la quota è attribuita tenendo conto dei diversi coefficienti risultanti, rapportando la retribuzione tabellare delle categorie con il livello iniziale ed è distribuita mensilmente, a titolo di acconto, previa verifica periodica dello stato di avanzamento dei progetti e/o conseguimento degli obiettivi e comunque fatta salva verifica finale, a consuntivo, del raggiungimento degli obiettivi stessi.

#### **5.1.4 Rendicontazione dei risultati alle parti interessate**

Avviene tramite la pubblicazione sul sito aziendale della Relazione sulla Performance annuale, redatta dal Controllo di Gestione, adottata con delibera del Direttore Generale e successivamente sottoposta, per la validazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione. All'**Organismo Indipendente di Valutazione** (OIV) *"spetta il compito di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso"*. L'Organismo verifica l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'azienda. La valutazione della performance da parte dell'OIV è prodromica all'erogazione economica di quanto correlato agli obiettivi di budget, anche se la normativa prevede la possibilità di erogare degli acconti per stati di avanzamento. L'Azienda può erogare il saldo degli incentivi solo dopo che l'OIV ha validato – con atto formale - la Relazione sulla Performance.

## **5.2 Timing del processo**

Il ciclo della performance si svolge secondo uno schema logico temporale, sinteticamente rappresentato nell'Allegato 3, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da specifiche attività.

**ALLEGATI**

## ALLEGATO 1: Quadro normativo di riferimento.

### ➤ **Pianificazione Nazionale:**

- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D.L.vo n. 517 del 21/12/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)

### ➤ **Pianificazione Regionale:**

- DGRV n. 998 del 5/06/2012 "Adozione nuovo schema del piano dei conti del Conto Economico obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto"
- DGRV n. 2707 del 29/12/2014 "Riconoscimento dei Centri Regionali Specializzati delle strutture ospedaliere pubbliche qualificate come *hub* dalla DGRV n. 2122 del 19.11.2013"
- DGRV n. 140 del 16/02/2016 "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)"
- Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneto denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"
- DGRV n. 1771 del 2/11/2016 "Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 - Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" - primi adempimenti. Approvazione dell'avviso per la presentazione delle domande per l'aggiornamento dell'elenco degli idonei alla nomina di Direttore generale di Enti ed Aziende sanitarie e ospedaliere SSR"
- DGRV n. 1785 del 7/11/2016 "Potenziamento e razionalizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario. Linee di intervento e progetto Fascicolo Sanitario Elettronico regionale fase II"
- DGRV 1969 del 6/12/2016 "Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111"
- DGRV n. 2112 del 23/12/2016 "Legge Regionale n. 19/2016 recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato - Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto - Azienda Zero -. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss". Determinazioni attuative e contrattuali - Presa d'atto dell'elenco aggiornato dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale degli Enti e Aziende Sanitarie e del SSR"
- DGRV n. 2169 del 23/12/2016 "Approvazione dei loghi istituzionali delle Aziende ULSS regionali e dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero"
- DGRV n. 2172 del 23/12/2016 "Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel processo di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR"
- DGRV n. 2174 del 23/12/2016 "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato 'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero'. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"
- DGRV n. 2238 del 23/12/2016 "Identificazione del modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016"
- DGRV n. 2296 del 30/12/2016 "Linee guida per la riorganizzazione dei processi e servizi tecnico - amministrativi secondo quanto previsto con LR 19/2016"
- Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 31 "Legge di stabilità regionale 2017"
- Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 30 "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017"
- Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 32 "Bilancio di previsione 2017-2019"
- DGRV n. 405 del 6/04/2017 "Precisioni in merito alle Deliberazioni n. 140 del 16 febbraio 2016 e n. 2112 del 23 dicembre 2016, con le quali, rispettivamente, sono state approvate le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento ed alle competenze degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) delle Aziende sanitarie del Veneto ed è stato disposto il recepimento con decorrenza 1° gennaio 2017 delle variazioni relative al mutamento dell'ambito di competenza territoriale e di denominazione delle Aziende del SSR stabilito dalla L.R. 19/2016"

- DGRV n. 114 del 7/02/2017 "Approvazione delle linee generali del 'Progetto di Change Management' a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016"
- DGRV n. 286 del 14/03/2017 "Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, art. 2 comma 4 - Autorizzazione provvisoria all'erogazione dei finanziamenti della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) da effettuarsi attraverso l'Azienda Zero"
- DGRV n. 428 del 06/04/2017 "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" - recepimento e prime disposizioni attuative"
- DGRV n. 563 del 28/04/2017 "Presenza d'atto di subentro di Azienda Zero a Regione nei rapporti giuridici previsti da contratti e convenzioni- Art. 32, comma 3, L.R. n. 30 del 30 dicembre 2016"
- DGRV n. 733 del 29/05/2017 "Linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale e per l'approvazione della dotazione di strutture dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero. Attribuzione all'Azienda Zero delle funzioni di cui all'articolo 2, comma 2, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e della qualifica di soggetto aggregatore. Dgr n. 31/CR del 6 aprile 2017 (articolo 2, commi 2 e 6, della L.R. 25 ottobre 2016 n. 19)"
- DGRV n. 1693 del 24/10/2017 "Definizione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. Modifica ed integrazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. Deliberazione n. 70/CR del 4 luglio 2017.
- DGRV n. 1810 del 07/11/2017 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2017 e 2018 - Art. 41 L.R. 5/2001. DGR 7/02/2017 n. 7/CR"
- DGRV n. 2231 del 29/12/2017 "Modifica della DGR 1810/2017 di riparto del fondo sanitario regionale 2017 - 2018 - Art. 41 L.R. 5/2001. DGR 7/02/2017 n. 7/CR"
- DGRV n. 2176 del 29/12/2017 "Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all'anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19"
- DGRV 88 del 26/01/2018 "Trasferimento del Centro regionale specializzato per la chirurgia vertebrale presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Integrazione della DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014 e s.m.i."
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 8 del 22 gennaio 2018 "Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari - anno 2018 - delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e delle strutture private accreditate"
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 18 del 2 febbraio 2018 "Disposizioni per l'anno 2018 in materia di personale del SSR - obiettivi di costo anno 2018"
- DGRV n. 230 del 06/03/2018 "Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018"
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. del 8 marzo 2018 "Aggiornamento dei limiti di costo per i beni sanitari - anno 2018 - delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e delle strutture private accreditate"
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 117 del 8 ottobre 2018 "Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari - Anno 2018 - delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e delle strutture private accreditate. Nuova definizione - modifica del decreto n. 8 del 22.1.2018 e del decreto 38 del 8.3.2018".
- Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 113 del 14 ottobre 2018 "Disposizioni per l'anno 2018 in materia di personale del SSR - Revisione obiettivi di costo anno 2018"
- DGRV n. 1442 del 08/10/2018 "Piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2018/2020. Piano assunzioni per l'anno 2019"
- DGRV n. 1781 del 27/11/2018 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2018"
- Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023"
- **Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata:**
  - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 gennaio 1999 "Individuazione dell'azienda ospedaliera di Verona quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione"
  - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517"
  - Pre-intesa tra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona per la stipula del "Protocollo di intesa", approvata dalla Giunta Regionale con Delibera 28.02.2006, n. 21/CR e dal Consiglio Regionale con Delibera del 14.12.2006 n. 140
  - Intesa sui principi fondanti e specifici contenuti attuativi per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata di Verona propedeutica alla sottoscrizione del Protocollo attuativo locale, sottoscritta il 30 gennaio 2006
  - Protocollo attuativo del 24/6/2008, sottoscritto dall'Università degli Studi di Verona e dall'Azienda Ospedaliera di Verona
  - Legge Regione Veneto del 7 agosto 2009, n. 18 Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"



"Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517

- DGRV n. 3345 del 10.11.2009 "Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, articolo 4 bis, Aziende Ospedaliere - Universitarie Integrate (AOUI). Determinazioni relative alla costituzione dell'AOUI di Verona"

➤ **Dotazione ospedaliera e Organizzazione Aziendale:**

- DGRV 1697 del 05/06/2007 "Modifica della dotazione ospedaliera, di cui alla LR 39/93 approvata con DGRV 3223/2002 e 751/2005";
- Proposta del Regolamento del Ministero della Salute del 21/07/2014 recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- DGRV n. 2122 del 19/11/2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla LR 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative, dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 167 del 25/03/2014 "Piano Attuativo Aziendale ai sensi della DGRV n. 2122 del 19/11/2013 in materia di adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate. PSSR 2012-2016. Provvedimenti"
- DGRV n. 1337 del 28/07/2014 "Parere di congruità sul Piano dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona attuativo di quanto disposto dalla DGR n. 2122 del 19/11/2013 (lr n. 56/1994 art. 6, comma 3 - lr n. 55/1994 art. 39)";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 518 del 22/08/2014 "Provvedimenti in ordine al Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n. 2122/2013 a seguito di visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n. 56/1994 ed all'art. 39 della LRV n. 55/1994";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 519 del 22/08/2014 "Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n. 2122/2013: prime disposizioni operative a seguito di visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n. 56/1994 ed all'art. 39 della LRV n. 55/1994";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 527 del 28/08/2014 "Deliberazione n. 519 del 22/08/2014 recante 'Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n. 2122/2013: prime disposizioni operative a seguito di visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n. 56/1994 ed all'art. 39 della LRV n. 55/1994' - rettifica errore materiale";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 3 del 3/01/2017 "Attuazione alle disposizioni di cui alla deliberazione di Giunta Regionale Veneto n. 2174 del 23/12/2016"
- DGRV n. 1306 del 16/08/2017 "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture dell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Drg n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19).
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 1693 del 24/10/2017 "Denominazione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. Modifica ed integrazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. Deliberazione n. 70/CR del 4 luglio 2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 944 del 30/10/2017 "Approvazione Atto Aziendale sulla base delle linee guida approvate con deliberazione di giunta della Regione Veneto n. 1306 del 16/08/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 1148 del 20/12/2017 "Modifica della proposta di Atto Aziendale approvata con deliberazione n. 944 del 30/10/2017 e recepimento delle modifiche delle schede di dotazione ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona approvate dalla Regione Veneto con deliberazione di Giunta n. 1693 del 24/10/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 1219 del 29/12/2017 "Approvazione definitiva del nuovo Atto Aziendale dell'AOUI sulla base delle linee guida approvate dalla RV con deliberazione di Giunta n. 1306 del 16/08/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 13 del 9/01/2018 "Provvedimenti attuativi dell'Atto Aziendale approvato in via definitiva con deliberazione n. 1219 del 29/12/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 73 del 31/01/2018 "Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona approvato in via definitiva con deliberazione n. 1219 del 29/12/2017. Attivazione del Dipartimento Amministrativo Unico"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 54 del 30/01/2018 "Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona approvato in via definitiva con deliberazione n. 1219 del 29/12/2017. Disposizioni relative ai Dipartimenti Sanitari Intraziendali Funzionali"

➤ **Valutazione, Trasparenza, Integrità, Anticorruzione:**

- Legge del 6/11/2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
- Delibera n. 72/2013 Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione"
- Delibera n. 77/2013 Attività Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche "Attestazioni OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità"
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- DGRV n. 2531 del 20/12/2013 "Progetto Atlante della Trasparenza": affidamento all'Azienda ULSS n. 12 Veneziana delle attività per la realizzazione di una piattaforma comune di servizi per le Aziende Sanitarie venete e lo IOV finalizzata alla gestione degli obblighi sulla trasparenza amministrativa"

- Legge 11 agosto 2014, n. 114 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, recante misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 Autorità Nazionale Anticorruzione "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 95 del 29/01/2016 "Approvazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018"
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera n. 831)"
- DGRV n. 1537 del 10/10/2016 "Piano Nazionale Anticorruzione PNA. Indirizzi attuativi per le Aziende e gli enti del SSR"
- Delibera ANAC del 28/12/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016" (delibera n. 1310)
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 60 del 31/01/2017 "Approvazione del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019"
- DGRV n. 2050 del 14/12/2017 "Dgr n. 2531/2013 progetto "Atlante della Trasparenza" per il Sistema Sanitario Regionale 2013 - determinazioni ex LR 19/2016."
- Delibere CIVIT/ANAC
- DGRV n. 59 del 26/01/2018 "Adozione del Piano Triennale della prevenzione della corruzione 2018-2020 della Giunta Regionale del Veneto, in attuazione della Legge n. 190/2012, recante 'Disposizione per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione'
- DGRV n. 62 del 26/01/2018 "Organismo Indipendente di Valutazione Unico per la Regione e per gli enti regionali. Organizzazione e funzionamento. Disposizioni."
- DGRV n. 231 del 06/03/2018 "Dgr 1122/2017: Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di internal audit di azienda zero e delle aziende sanitarie del Veneto: Carta di revisione interna e nomina del Gruppo Tecnico e del Riferimento Scientifico"
- **Autorizzazione ed Accredimento: Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali**
  - Legge Regione Veneto n. 22/2002 "Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali"
  - DGRV n. 3148 del 09/10/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n. 22. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie. Ulteriori modifiche e integrazioni alla DGR n. 2501/2004"
  - DGRV n. 838 del 08/04/2008 "Oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie"
  - DGRV n. 1732 del 7/11/2017 "Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016. L.R. 22 del 16 agosto 2002"
- **Controlli e appropriatezza dell'attività sanitaria:**
  - DGRV 2609 del 07/08/2007 "Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria della Regione Veneto ai sensi dell'art. 8-octies del Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999"
  - DGRV n. 2611 del 07/08/2007 "Standardizzazione specifiche cliniche"
  - DGRV n. 3913 del 4/12/2007 "Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di riabilitazione"
  - DGRV n. 839 del 8/04/2008 "Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di lungodegenza"
  - DGRV n. 938 del 7/04/2009 "Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"
  - DGRV n. 3436 del 30/12/2010 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"
  - DGRV n. 3444 del 30/12/2010 "Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"
  - DGRV n. 1805 del 8/11/2011 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"
  - DGRV n. 2213 del 20/12/2011 "Assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto: criteri per la determinazione della remunerazione dell'AO di Padova, dell'AOUI di Verona, dello IOV e degli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico"
  - DGRV n. 1767 del 28 agosto 2012 "Prestazioni da considerarsi ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery –trasferibili in regime ambulatoriale di cui all'Allegato A del Patto per la salute per gli anni 2010-2012. Determinazioni"
  - Decreto n. 38 del 05/04/2013 "DGR 2715 del 24/12/2012 "Aggiornamento delle linee-guida di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera: integrazione"
  - DGRV n. 2688 del 29/12/2014 "Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013."
  - Decreto ministeriale 9 dicembre 2015 "Condizioni di derogabilità e di appropriatezza delle prescrizioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"
  - DGRV 1169 del 19/07/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"

- DGRV 1531 del 10/10/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016. Posticipo della data di entrata in vigore."
  - Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015-2016. Siglato a Roma il 24 novembre 2016.
  - Decreto Direzione Risorse Strumentali n. 118 del 23/12/2016 "Aggiornamento della disciplina del flusso informativo 'Scheda di dimissione ospedaliera' e dei tracciati record"
  - Decreto Ministero della Salute n. 261 del 7/12/2016 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera"
  - DGRV n. 2167 del 23/12/2016 "Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i.."
  - DGRV n. 1738 del 07/11/2017 "Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero effettuate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati nei confronti dei cittadini non residenti in Veneto, in ottemperanza alle indicazioni del Tavolo adempimenti LEA. Modifica della DGR n. 1816 del 15 novembre 2016"
  - DGRV n. 1739 del 7/11/2017 "Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per i DRG (Diagnosis Related Groups) chirurgici diurni e ordinari 0-1 giorno ricompresi nell'elenco di cui agli allegati 6 e 6A al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto"
- **Assistenza specialistica ambulatoriale e tempi di attesa:**
- DGRV n. 3535 del 12/11/2004 "DCPM 29 novembre 2001 – Accordo Stato Regioni – 11 luglio 2002 – programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni in argomento"
  - DGRV n. 600 del 13/03/2007 "Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano attuativo regionale: integrazione DGR n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.2006"
  - DGRV n. 863 del 21/06/2011 Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della L. 23/12/2005 n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 600 del 13/03/2007;
  - DGRV n. 1805 del 8/11/2011 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate."
  - DGRV n. 437 del 20/03/2012 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 18/11/2011"
  - DGRV n. 320 del 12/03/2013 "Il governo delle liste d'attesa nella Regione Veneto"
  - DGRV n. 2713 del 29/12/2014 "Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 27/11/2014 e 28/11/2014. Conferma per l'anno 2015 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000"
  - DGRV n. 2691 del 29/12/2014 "Conferma per l'anno 2015 dell'effettuazione presso le aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Approvazione di protocollo di intesa con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria"
  - DGRV n. 1882 del 23/12/2015 "Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l'utilizzo nell'anno 2016 dell'istituto dell'acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000"
  - DGRV n. 1907 del 23/12/2015 "Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni"
  - DGRV n. 1191 del 26/07/2016 "Registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative"
  - DGRV n. 2166 del 23/12/2016 "Disposizioni per consentire l'erogazione di alcune prestazioni di chirurgia oculistica anche in regime ambulatoriale. Integrazione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 859 del 21.6.2011 e successivi atti"
  - DGRV n. 1299 del 16/08/2017 "Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017"
  - DGRV n. 2109 del 19/12/2017 "DGR del 16 agosto 2017 n. 1299 recante: Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017. Rettifiche"
- **Day Service Ambulatoriale:**
- DGRV n. 1079 del 17/04/2007 "Day Service ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata"
  - DGRV n. 2812 del 11/09/2007 "Inserimento del day service ambulatoriale nei livelli essenziali di assistenza"
  - Decreto n. 061 del 17/05/2012 "Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service"
  - DGRV n. 281 del 14/03/2017 "Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG - Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale"

- DGRV n. 530 del 15/04/2014 "Sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione dei PDTA, nonché alla loro implementazione e sperimentazione del loro monitoraggio nell'ambito delle forme associative più evolute della Medicina Generale. DDGR n. 2556 del 29/12/2011 e n. 834 del 4/06/2013"

➤ **Formazione:**

- Direttiva Presidenza Consiglio dei Ministri del 13/12/2001 "Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni";
- DGRV n 357 del 11/02/2005 "Avvio del sistema regionale di accreditamento ECM per le attività formative residenziali";
- Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2007;
- DGRV n 2215 del 20/12/2011 "Programma regionale di Educazione Continua in Medicina. Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei provider regionali. Piano regionale della formazione"
- Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2012
- DGRV n. 2058 del 13/12/2016 "Piano Formativo" per il triennio 2017-2019 della "Fondazione Scuola di sanità pubblica, management delle aziende socio-sanitarie e l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti" e "Piano della Formazione" per l'anno 2017 del "Centro di simulazione e formazione avanzata della Regione del Veneto". Approvazione programmazione attività formative e determinazioni conseguenti. Art. 23, L.R. 23/2/2016, n. 7 - DGR n. 437 del 4/4/2014.
- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro

## ALLEGATO 2: Indicatori Programma Nazionale Esiti, ANNO 2016

AOUI Verona, anno 2016

PNE: INDICATORI DI VOLUME	BT	BR
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	60	1
AIDS: volume di ricoveri	4	22
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	84	27
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	6	-
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	19	-
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	12	-
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	18	33
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	17	63
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	252	33
BPCO: volume di ricoveri ordinari	175	143
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	231	6
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	112	8
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	381	157
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	381	157
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	114	351
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	495	508
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	56	2
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	549	4
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri chirurgici	530	3
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	130	1
Ictus ischemico: volume di ricoveri	508	93
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	133	26
IMA: volume di ricoveri	619	52
Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri	57	4
Interventi di cardiocirurgia pediatrica per difetti congeniti del cuore: volume di ricoveri	15	-
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	64	3
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	23	-
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	154	17
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	503	5
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	2	44
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	69	31
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	140	70
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	38	1
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	68	136
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	23	-
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	435	1
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	13	306
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	144	7
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	216	-
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	207	-
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	99	3
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	29	6
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	47	9
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	70	8
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	195	4
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	75	15
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	55	-
Intervento chirurgico sull'orecchio medio: volume di ricoveri	294	-
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	390	-
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	186	1
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	30	-
Isterectomia: volume di ricoveri	285	117
N-STEMI: volume di ricoveri	213	9
Parti: volume di ricoveri	1.969	1.461
Prostatectomia: volume di ricoveri	215	-
PTCA eseguita per condizione diverse da Infarto Miocardico Acuto	137	40
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	547	51
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	93	22
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	116	23
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	215	30
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	331	53
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	789	243
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	927	277
STEMI: volume di ricoveri	273	17
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	70	1
Tonsillectomia: volume di ricoveri	172	1
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	95	1
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	681	7

PNE: INDICATORI DI ESITO	BT			BR		
	N	% GREZZA	% ADJ	N	% GREZZA	% ADJ
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	16	-	-	35	2,9	2,9
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	24	33,3	-	36	2,8	3,1
Arteriopatia III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	16	6,3	-	35	8,6	8,3
BPCO riacutizzata: mortalità & aggravate a 30 giorni	133	9,8	9,3	107	15,9	14,8
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	126	9,5	9,6	91	16,5	16,2
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	527	1,5	1,7	12	8,3	-
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	565	1,2	1,3	220	0,9	0,8
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	565	6,4	6,6	220	3,6	3,4
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	261	83,1	84,3	103	59,2	61,5
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	261	35,3	32,5	104	7,7	6,8
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità	197	3,1	2,4	77	2,6	2,6
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	392	79,6	79,2	2	-	-
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	392	3,8	3,8	2	-	-
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	397	13,1	12,5	76	7,9	6,9
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	354	5,7	5,9	72	6,9	7,5
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	220	4,1	4,1	3	-	-
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	112	2,7	2,7	8	12,5	-
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	151	15,2	12,4	29	20,7	-
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	426	17,8	19,8	62	19,4	16,7
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	477	6,9	6,2	40	17,5	-
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	468	6,6	5,8	35	17,1	-
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	426	10,8	13,0	62	14,5	8,2
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	477	46,1	43,0	40	7,5	-
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	477	68,3	66,9	40	27,5	-
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	523	4,6	6,1	64	10,9	10,6
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità	1101	1,8	2,9	10	-	-
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	221	6,8	6,9	114	4,4	6,1
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	107	2,8	2,5	239	2,5	3,3
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	435	59,5	-	1	100,0	-
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	21	4,8	-	603	1,2	2,3
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	305	-	-	12	-	-
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	181	3,3	3,7	-	-	-
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	133	0,8	0,5	95	1,1	1,9
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	100	1,0	1,3	25	4,0	-
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	168	1,2	1,5	33	6,1	-
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	14	7,1	-	29	3,5	2,9
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	16	-	-	62	3,2	3,4
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	341	0,3	0,3	92	-	-
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	262	0,4	0,4	-	-	-
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	274	3,3	2,9	-	-	-
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	68	4,4	4,8	-	-	-
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	118	1,7	1,7	-	-	-
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	49	-	-	-	-	-
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	785	0,9	0,8	962	0,6	0,5
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	785	1,5	1,5	962	1,8	1,5
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	2733	0,7	0,7	1716	0,4	0,4
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	2733	1,1	1,2	1716	0,4	0,4
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	381	97,9	-	157	95,5	-
Proporzione di int di ricostruzione/inserzione di espansore nel ricovero indice per int chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	123	66,7	75,6	-	-	-
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	435	95,2	-	1	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	255	8,2	8,0	1	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	256	6,3	6,1	1	-	-
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1629	16,9	16,7	1068	26,6	23,8
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	141	18,4	17,9	221	12,2	10,6
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	154	-	-	57	-	-
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	640	8,9	8,9	192	5,7	5,4
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	467	15,9	15,9	146	12,3	11,9
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)	205	69,8	69,2	12	-	-
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità	813	1,4	1,3	4	-	-

### ALLEGATO 3: i tempi del Ciclo della Performance in AOUI

AOUI Verona - Ciclo della Performance

	2018												2019												2020											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaborazione del Piano della Performance anno in corso, adozione e pubblicazione																																				
Elaborazione del Documento di Direttive anno in corso																																				
Presentazione/aggiornamento, divulgazione delle linee guida anno in corso																																				
Elaborazione, negoziazione delle schede di budget (schede obiettivi) anno in corso																																				
Eventuale integrazione delle Schede obiettivi																																				
Verifica infra-annuale dello stato di avanzamento degli obiettivi anno in corso																																				
Monitoraggio degli obiettivi di costo e di attività anno in corso (per la Direzione)																																				
Valutazione della performance organizzativa (UOC) anno precedente																																				
Valutazione performance individuale anno precedente																																				
Redazione della Relazione sulla Performance anno precedente																																				
Valutazione di processo da parte dell'OIV																																				
Validazione da parte dell'OIV																																				
Erogazione premialità																																				