

**RELAZIONE SULLA PERFORMANCE****ANNO 2016 – Ambito ex Ulss20***Indice*

1. <i>Presentazione della Relazione</i> .....	<i>pag. 2</i>
2. <i>Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni</i> .....	<i>pag. 2</i>
2.1 <i>Il contesto esterno di riferimento</i> .....	<i>pag. 2</i>
2.2 <i>L'amministrazione</i> .....	<i>pag. 13</i>
2.3 <i>I risultati raggiunti</i> .....	<i>pag. 14</i>
2.4 <i>Le criticità e le opportunità</i> .....	<i>pag. 18</i>
3. <i>Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti</i> .....	<i>pag. 20</i>
3.1 <i>Albero della performance</i> .....	<i>pag. 20</i>
3.2 <i>Obiettivi strategici</i> .....	<i>pag. 20</i>
3.3 <i>Obiettivi e piani operativi</i> .....	<i>pag. 20</i>
3.4 <i>Obiettivi individuali</i> .....	<i>pag. 28</i>
4. <i>Risorse, efficienza ed economicità</i> .....	<i>pag. 31</i>
5. <i>Pari opportunità e bilancio di genere</i> .....	<i>pag. 35</i>
6. <i>Il processo di redazione della relazione sulla performance</i> .....	<i>pag. 37</i>
6.1 <i>Fasi, soggetti, tempi e responsabilità</i> .....	<i>pag. 37</i>
6.2 <i>Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance</i> .....	<i>pag. 37</i>
<i>Allegato 1: Albero della performance</i> .....	<i>pag. 39</i>

---

## **1. Presentazione della relazione**

La Relazione sulla Performance, denominata "Relazione degli obiettivi" come stabilito dalla DGRV 2205/2012 e dalla DGRV 140/2016, rappresenta il documento di sintesi e rappresentazione dell'intero ciclo della performance e, quindi, congiunge le analisi valutative sui risultati dell'organizzazione con le analisi valutative relative ai risultati degli apporti individuali.

La presente relazione, predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, conformemente a quanto disposto dalla Regione Veneto con DGRV 2205/2012 e DGRV 140/2016, evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi, individuali e complessivi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e ha allo stato carattere provvisorio, non essendo ancora concluso il processo di misurazione degli obiettivi quantitativi, assegnati ai centri di responsabilità relativamente all'anno 2016, a causa delle tempistiche di chiusura del bilancio di esercizio e di redazione dei relativi allegati. La presente relazione riporta inoltre per completezza anche i risultati definitivi relativi all'anno 2015.

Il D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della L. 4 marzo 2009 n. 15, come modificato ed integrato dal D.lgs. 01 agosto 2011 n. 141, definisce una nuova disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti.

Per gli Enti del SSN l'art. 16, comma 2 e l'art. 31, commi 1 e 2, del d. Lgs. N. 150/2009 ne individuano i principi generali oggetto di adeguamento da parte della Regione.

Per il personale del comparto e della dirigenza la DGRV n. 2205/2012 ha definito le "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del S.S.R. e in materia di trasparenza applicative delle disposizioni del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150", mentre la DGRV 140/2016 ha approvato le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia.

La misurazione e valutazione si riferisce all'amministrazione nel suo complesso, alle unità operative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, di cui l'Azienda dovrà valutare l'apporto specifico al miglioramento dei processi produttivi, attraverso l'analisi dei comportamenti organizzativi e delle competenze professionali.

Le DGR n. 2205/2012 e 140/2016 dispongono in capo alle Aziende del SSR l'obbligo di adottare un programma triennale per la trasparenza e l'integrità finalizzato a dare attuazione alla disciplina della trasparenza.

In applicazione dell'art. 10, comma 1 lett. a) del D. Lgs. N. 150/2009 le Aziende devono adottare il piano triennale di valutazione degli obiettivi (cd. piano della performance) e sviluppare il ciclo di gestione della valutazione dei risultati (cd. ciclo di gestione della performance).

Gli indirizzi individuati per l'anno 2016 nel Piano triennale di valutazione degli obiettivi per il triennio 2016 – 2018, approvato con deliberazione del Direttore Generale n.ro 34 del 25/1/2015, sono articolati in obiettivi strategici e obiettivi operativi, con relativi indicatori e di cui la presente "Relazione degli obiettivi" costituisce la rappresentazione dei risultati conseguiti.

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni**

### **2.1 Il contesto esterno di riferimento**

Il territorio dell'ex Azienda Ulss 20 comprendeva 36 comuni distribuiti in 2 Distretti Socio Sanitari, come indicato nella mappa sotto riportata:



DISTRETTO N.1	<b>Abitanti: 239.252</b>	DISTRETTO N.2	<b>Abitanti: 234.022</b>
<b>VERONA:</b>	Sede Via Poloni. 1 – Verona	<b>VERONA:</b>	Sede Via Benzasi. 4 – Verona
1° – 2° – 3° Circonscrizione:	Tel. 045 8075571	4° – 5° Circonscrizione:	Tel. 045 581872
Città Antica, Cittadella, S. Zeno, Veronetta,	Sede Via Menotti. 18 – Verona	Borgo Roma, Cadidavid, S. Lucia, Golosine.	Sede Via Valeggio. 39 – Verona
B.go Trento, Valdona, Ponte Crencano, Parona, Avesa, Quinzano, Borgo Milano, Saval, Quartiere Navigatori, Borgo Nuovo, Stadio, Chievo, S. Massimo.	Tel. 045 8340464	BUTTAPIETRA.	Tel. 045 950655
6° – 7° – 8° Circonscrizione:	Sede Via Campana. 1 – Verona	CASTEL D'AZZANO.	Lupatoto
B.go Venezia, B.go Trieste, S. Michele Extra,	Tel. 045 8157341	SAN GIOVANNI LUPATOTO,	Tel. 045 8299811
Porto S. Pancrazio, Marzana, Montorio.	Sede Via del Capitel. 22 – Verona	ALBAREDO D'ADIGE.	Sede Via Circonvallazione San Bonifacio
<b>BOSCOCHIESANUOVA.</b>	Tel. 045 8787777	ARCOLE.	Tel. 045 6138426
<b>CERRO VERONESE.</b>	Sede Montorio – Verona	BADIA CALAVENA,	Sede Via Papesso. 4 – Cologna Veneta
<b>ERBEZZO.</b>	Tel. 045 8840183	BELFIORE.	Tel. 0442 425079
<b>GREZZANA.</b>	Sede Marzana – Verona	CALDIERO.	Sede Piazza Umberto 1° – Montecchia di Crosara
<b>LAVAGNO.</b>	Tel. 045 8075111	CAZZANO DI TRAMIGNA.	Tel. 045 7450016
<b>ROVERE' VERONESE.</b>	Sede Piazza Bertani – Grezzana	COLOGNA VENETA.	Sede Via Massalongo. 7 – Tregnago
<b>S. MARTINO B.A.</b>	Tel. 045 8075190	COLOGNOLA AI COLLI.	
<b>VELO VERONESE</b>	Sede Via Nazionale, 13 – San Martino B.A.	ILLASI.	
	Tel. 045 991822	MEZZANE.	
	Sede P.zza Mercato. 20 –	MONTECCHIA DI CROSARA.	
	Boscochiesanuova	MONTEFORTE D'ALPONE.	
	Tel. 045 7050023	PRESSANA.	
	Sede Via Lessini. 58 – Cerro Veronese	RONCA'.	
	Tel. 045 6785339	ROVEREDO DI GUA',	
	Sede P.zza Posta. 3 – Erbezzo	SAN BONIFACIO,	
	Sede Via V. Emanuele, 12 Roverè Veronese	SAN GIOVANNI ILARIONE.	Tel. 045 7808366
		SAN MAURO DI SALINE,	
		SOAVE,	
		SELVA DI PROGNO.	
		TREGNAGO,	
		VERONELLA.	
		VESTENANOVA.	
		ZIMELLA	

Di seguito l'andamento demografico della popolazione dei 2 distretti negli anni dal 2013 al 2016:

Tabella 1

ANDAMENTO DEMOGRAFICO DELLA POPOLAZIONE						
Distretti Azienda ULSS 20	Popolazione totale al 31/12/2013	Popolazione totale al 31/12/2014	Popolazione totale al 31/12/2015	Popolazione totale al 31/12/2016	Variazione 2016-2015	% 2016 rispetto a 2015
Distretto1	239.139	239.252	238.755	237.976	-779	-0,33%
Distretto2	233.209	234.022	233.131	232.776	-355	-0,15 %
<b>Azienda ULSS 20</b>	<b>472.348</b>	<b>473.274</b>	<b>471.886</b>	<b>470.752</b>	<b>-1.134</b>	<b>-0,24%</b>

L'andamento demografico della popolazione nel 2016 ha registrato, rispetto ai dati della rilevazione anno 2014, una riduzione complessiva in percentuale pari allo 0,24% .

Tabella 2

DENSITA' DI POPOLAZIONE					
Distretti Ex Azienda ULSS 20	Superficie (in kmq)	Popolazione totale al 31/12/2014	Popolazione totale al 31/12/2015	Popolazione totale al 31/12/2016	Densità al 31/12/2015 (ab/kmq)
Distretto1	389,998	239.252	238.755	237.976	610
Distretto2	669,257	234.022	233.131	232.776	347
<b>Azienda ULSS 20</b>	<b>1.059,26</b>	<b>473.274</b>	<b>471.886</b>	<b>470.752</b>	<b>444</b>

La tabella evidenzia un'accentuata diversità nella densità abitativa dove il Distretto 1, sul cui territorio insiste il Comune di Verona, ha una densità sostanzialmente doppia rispetto al Distretto 2.

Tabella 3

COMPOSIZIONE PER SESSO DELLA POPOLAZIONE - 31/12/2016					
Distretti Azienda Ex ULSS 20	Maschi	Femmine	Totali	% sul totale della popolazione	
				M	F
DISTRETTO n. 1	<b>113.055</b>	<b>124.921</b>	<b>237.976</b>	24,02%	26,54%
DISTRETTO n. 2	<b>114.930</b>	<b>117.846</b>	<b>232.776</b>	24,41%	25,03%
<b>TOTALE POP. DISTRETTI</b>	<b>227.985</b>	<b>242.767</b>	<b>470.752</b>	<b>48,43%</b>	<b>51,57%</b>

Si continua a registrare una prevalenza di popolazione femminile senza particolari variazioni rispetto al 2013.

Tabella 4

<b>POPOLAZIONE PER FASCE DI ETA' SUDDIVISE PER COMUNE – 31/12/2016</b>					
	<b>da 0 a 14</b>	<b>da 15 a 17</b>	<b>da 18 a 64</b>	<b>≥ 65</b>	<b>TOTALE</b>
ALBAREDO D'ADIGE	690	163	3.259	1.133	<b>5.245</b>
ARCOLE	984	206	3.953	1.149	<b>6.292</b>
BADIA CALAVENA	415	74	1.657	508	<b>2.654</b>
BELFIORE	522	92	1.893	646	<b>3.153</b>
BOSCO CHIESANUOVA	511	115	2.179	795	<b>3.600</b>
BUTTAPIETRA	1.094	232	4.517	1.195	<b>7.038</b>
CALDIERO	1.280	258	4.968	1.320	<b>7.826</b>
CASTEL D'AZZANO	1.802	384	7.318	2.319	<b>11.823</b>
CAZZANO DI TRAMIGNA	222	48	887	357	<b>1.514</b>
CERRO VERONESE	388	93	1.544	436	<b>2.461</b>
COLOGNA VENETA	1.286	276	5.159	1.884	<b>8.605</b>
COLOGNOLA AI COLLI	1.310	242	5.431	1.648	<b>8.631</b>
ERBEZZO	89	15	455	174	<b>733</b>
GREZZANA	1.609	341	6.679	2.173	<b>10.802</b>
ILLASI	749	154	3.260	1.095	<b>5.258</b>
LAVAGNO	1.383	241	5.448	1.353	<b>8.425</b>
MEZZANE DI SOTTO	375	65	1.477	572	<b>2.489</b>
MONTECCHIA DI CROSARA	648	126	2.746	835	<b>4.355</b>
MONTEFORTE D'ALPONE	1.549	270	5.487	1.626	<b>8.932</b>
PRESSANA	386	72	1.545	525	<b>2.528</b>
RONCA'	588	109	2.426	711	<b>3.834</b>
ROVEREDO DI GUA'	267	54	1.007	247	<b>1.575</b>
ROVERE' VERONESE	317	56	1.294	448	<b>2.115</b>
SAN BONIFACIO	3.439	679	13.153	4.104	<b>21.375</b>
SAN GIOVANNI ILARIONE	789	149	3.283	894	<b>5.115</b>
SAN GIOVANNI LUPATOTO	3.733	762	15.386	5.420	<b>25.301</b>
S. MARTINO B.A.	2.327	414	9.296	3.114	<b>15.151</b>
SAN MAURO DI SALINE	66	13	355	128	<b>562</b>
SELVA DI PROGNO	105	33	555	218	<b>911</b>
SOAVE	1.003	201	4.475	1.466	<b>7.145</b>
TREGNAGO	726	147	2.999	1.094	<b>4.966</b>
VELO VERONESE	115	20	470	155	<b>760</b>
VERONA	32.461	6.949	152.663	65.081	<b>257.154</b>
VERONELLA	904	142	3.229	786	<b>5.061</b>
VESTENANOVA	366	72	1.693	455	<b>2.586</b>
ZIMELLA	715	157	3.109	796	<b>4.777</b>
<b>TOTALE pop. Distretti</b>	<b>65.213</b>	<b>13.424</b>	<b>285.255</b>	<b>106.860</b>	<b>470.752</b>
Senza Fissa Dimora	8	4	167	20	<b>199</b>
<b>Totale ulss 20</b>					<b>470.951</b>

Tabella 5

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER GRANDI FASCE DI ETA' – 31/12/2016											
Distretti Azienda ULSS 20	0-14		15-17		18-64		65-74		>75		TOTALE
	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	V.A	%	
DISTRETTO n. 1	30.666	6,51%	6.554	1,39%	141.519	30,06%	27.350	5,81%	31.887	6,77%	<b>237.976</b>
DISTRETTO n. 2	34.547	7,34%	6.870	1,46%	143.736	30,53%	23.251	4,94%	24.372	5,18%	<b>232.776</b>
<b>TOTALE POP. DISTRETTI</b>	<b>65.213</b>	<b>13,85%</b>	<b>13.424</b>	<b>2,85%</b>	<b>285.255</b>	<b>60,60%</b>	<b>50.601</b>	<b>10,75%</b>	<b>56.259</b>	<b>11,95%</b>	<b>470.752</b>

### Il contesto normativo per la programmazione: riferimenti principali

- D.lg. n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013
- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 “Norme sull’assetto programmatorio, 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”
- Legge Regionale n. 55 del 15 dicembre 1982 “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”
- Legge Regionale 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
- Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016
- D. Lgs. n.33 del 14 marzo 2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti”
- DGRV n. 2122 del 19/11/2013: Approvazione delle schede di programmazione ospedaliera e territoriale
- DGRV n. 2718 del 29/12/2014 “Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all’IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011: assegnazione provvisoria delle risorse per l’erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei limiti di costo anno 2015
- DGRV n. 749 del 14/05/2015 e s.m.i. “Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014- 2018

- 
- DGR n. 1527 del 03/11/2015 “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera’
  - DGR n. 15 del 09/12/2015 “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Sistema Sanitario Nazionale”
  - DGR n. 1888 del 23/12/2015 “Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato”
  - DGR n. 1903 del 23/12/2015 “Disposizioni applicative alla DGR n. 1169/2015 in merito alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale”
  - DGR n. 1914 del 23/12/2015 “Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015”

### **Qualità e accreditamento**

- L.R. n. 22 del 2002 “Autorizzazione ed Accreditamento Strutture Sanitarie” e successive disposizioni

### **Controlli attività sanitaria**

- DGRV 2609 del 7/07/2007: Modifiche del sistema dei controlli (art. 8 octies Decreto Legislativo 229/99)
- 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. 2715 del 24/12/12: Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

### **Assistenza ospedaliera**

- DGRV 4449 del 28/12/2006; Assistenza Ospedaliera: criteri e modalità per determinazione volumi di attività e tetti di spesa degli erogatori pubblici e privati pre-accreditati per gli anni 2007-2008-2009
- DGRV 1178 del 23/03/2010: Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati provvisoriamente accreditati equiparati al pubblico per l’anno 2010.

- 
- DGRV 1179 del 23/03/2010: Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati provvisoriamente accreditati non equiparati al pubblico per l'anno 2010.
  - DGRV 312 del 15/03/2001: Assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: criteri, modalità e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico per l'anno 2011.
  - DGRV 1559 del 03/09/2013: Tetti di spesa e di attività anno 2011 degli erogatori privati ospedalieri e degli Istituti e Centri ex art. 26 L. 833/78 associati ad ARIS – determinazioni. Parziale modifica ed integrazione della DGR n. 312/2011 e della DGR n. 1284/2011
  - DGRV 832 del 15/05/2012: Assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico, per l'anno 2012, per la definizione degli accordi di cui all'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992. Individuazione delle funzioni a valenza provinciale e sovra provinciale ed assegnazione delle risorse economiche per lo svolgimento delle stesse.
  - DGRV 2096 del 17/10/2012: Rideterminazione dei tetti di spesa per l'assistenza ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati ed ulteriori disposizioni a parziale modifica della DGR n. 832 del 15.05.2012. Rideterminazione dei tetti di spesa per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri ex art. 26 della L. 833/78, accreditati, a parziale modifica della DGR n. 990 del 05.06.2012.
  - DGRV 2719 del 24/12/2012: Erogatori ospedalieri privati accreditati: trasferimento della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno 2012. DGR n. 832 del 15 maggio 2012.
  - DGRV 2621 del 18/12/2012: L. 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazione, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti.
  - DGRV 2170 del 18/11/2014: Erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il biennio 2015 -2016 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale. D. Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, l.r. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3.

### **Assistenza ambulatoriale**

- DGRV 452 del 27/02/2007: D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2007.
- DGRV 2604 del 16/09/2008: D. Lgs.30/12/1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2008 degli erogatori pubblici ed equiparati (ospedali classificati, istituto sanitario privato qualificato presidio ULSS., istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) provvisoriamente accreditati.
- DGRV 3097 del 21/10/2008: D. Lgs.30/12/1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2008 degli erogatori privati provvisoriamente accreditati.

- 
- DGRV 1584 del 26/05/2009 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 2009 degli erogatori pubblici ed equiparati (ospedali classificati, istituto sanitario privato qualificato presidio ULSS., istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) provvisoriamente accreditati”
  - DGRV 1672 del 09/06/2009 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 2009 degli erogatori privati provvisoriamente accreditati”
  - DGRV 848 del 15/03/2010 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16/08/2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il triennio 2010/2012 degli erogatori privati provvisoriamente/definitivamente accreditati”
  - DGRV 849 del 15/03/2010 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16/08/2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 2010 degli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico)
  - DGRV 850 del 15/03/2010 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16/08/2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l’anno 20120 delle strutture di ricovero private provvisoriamente accreditate non equiparate a quelle pubbliche.”
  - DGRV 310 del 15/03/2011: “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16/08/2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: determinazione dei tetti di spesa e dei criteri di definizione dei volumi di attività per l’anno 2011 delle strutture di ricovero private accreditate non equiparate a quelle pubbliche per le prestazioni rese ai residenti del Veneto.
  - DGRV 311 del 15/03/2011 “D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e L. R. 16/08/2002, n. 22. Assistenza specialistica ambulatoriale: determinazione dei tetti di spesa e dei criteri di definizione dei volumi di attività per l’anno 2011 degli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS., istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) per le prestazioni rese ai residenti del Veneto.
  - DGRV 832 del 15/05/2012: Assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico, per l’anno 2012, per la definizione degli accordi di cui all’art. 8 quinquies D. Lgs n. 502/1992. Individuazione delle funzioni a valenza provinciale e sovra provinciale ed assegnazione delle risorse economiche per lo svolgimento delle stesse.
  - DGRV 2096 del 17/10/2012: Rideterminazione dei tetti di spesa per l’assistenza ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati ed ulteriori disposizioni a parziale modifica della DGR n. 832 del 15.05.2012. Rideterminazione dei tetti di spesa per l’attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri ex art. 26 della L. 833/78, accreditati, a parziale modifica della DGR n. 990 del 05.06.2012.
  - DGRV 2719 del 24/12/2012: Erogatori ospedalieri privati accreditati: trasferimento della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell’anno 2012. DGR n. 832 del 15 maggio 2012.
  - DGRV 2621 del 18/12/2012: L. 7 agosto 2012, n. 135 “Conversione in legge, con modificazione, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini” (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l’anno 2012 e seguenti.
  - DGRV 441 del 10/04/2013: specialistica ambulatoriale privata accreditata: accordo contrattuale 2013 -2015

- 
- DGRV 2635 del 30/12/2013; DGR n. 441/2013: erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: approvazione programma di budget 2014 per le singole ULSS per la macroarea “branche a visita”.
  - DGRV 1983 del 28/10/2014 DGR n. 2635 del 30 dicembre 2013: attribuzione alle aziende ULSS del budget 2015 per la macroarea “branche a visita”, per erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali.
  - DGRV 2170 del 18/11/2014: Erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il biennio 2015 -2016 per l’assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale. D. Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, l.r. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3.

### **Residenzialità extraospedaliera**

- DGRV 751/01 e disposizioni successive
- DGR n. 752 del 10 marzo 2000 “Direttive in materia di assistenza residenziale extraospedaliera estensiva in attuazione della deliberazione della Giunta regionale n. 751/2000 (art. 13, comma 3 e art. 17 L. R. n. 5/1996)”
- DGRV, n. 4210 del 22 dicembre 2000 “Processo attuativo della DGR n. 751/2000”
- DGRV n. 3846 del 3 dicembre 2004 “L. R. n. 5 del 3 febbraio 1996, art. 13. erogazione prestazioni sanitarie: Approvazione schema tipo convenzione tra Aziende ULSS e Centri Servizio” (allegato A)
- DGRV n. 4621 del 29 dicembre 2004 “Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti. Nuclei di maggiore assistenza”
- DGR n. 38 del 17 gennaio 2006 “DGR 3632 del 13 dicembre 2002 – Residenzialità a favore delle persone anziane. Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti – Approvazione schema tipo di regolamento” – allegato A “Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti” (concetto di mobilità, istituzione del Registro Unico della Residenzialità RUR presso ciascuna ULSS, concetto di impegnativa di residenzialità)
- DGRV n. 464 del 28 febbraio 2006 “L’assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, L. R. 1/2004” che approva nell’allegato A “L’assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti” (nuovo assetto del sistema della residenzialità in un’ottica di continuità rispetto a quanto avviato con la DGR n. 751/2000)
- DGRV n. 394 del 20 febbraio 2007 “Indirizzi ed interventi per l’assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, L. R. 1 del 30.01.2004 e art. 4 della L. R. 2/2006” (allegato A “L’assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti” costituisce il nuovo quadro di riferimento ai fini della programmazione regionale e locale dell’assistenza socio-sanitaria alle persone non autosufficienti nei servizi residenziali con modifica anche dei parametri rispetto alla DGR n. 751/2000 e che si raccorda con gli indirizzi già espressi nella DGR n. 464/2006)
- DGRV n. 456 del 27 febbraio 2007 “Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone non autosufficienti”
- DGRV n. 394/2007 “Integrazioni allo schema tipo di regolamento di cui alla DGRV n. 38/2006”
- DGRV n. 190 del 22.02.2011 “DGRV 394/2007 – Indirizzi e interventi per l’assistenza alla persone non autosufficienti. Approvazione del provvedimento n. 115/CR del 14.10.2010”

- 
- DGRV n. 502 del 19.04.2011 “L.R. n. 22/2002 art. 7 DGRV n. 3552/2010. Definizione e coordinamento dei processi autorizzativi correlati al rilascio delle autorizzazioni alle realizzazioni dei Centri di Servizio che erogano prestazioni di assistenza residenziale extraospedaliera a ciclo continuativo per persone anziane non autosufficienti. Integrazioni al procedimento autorizzativo previsto dalla L.R. n. 22/2002”
  - DGRV n. 702 del 23 marzo 2001 “Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in stato vegetativo (SV) – DGRV 751/2000 punto 1, 3, 5”
  - DGRV n. 2209 del 3 agosto 2001 “Riconoscimento delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo (SV) permanente ai sensi delle DGR 702/2001 – Primo provvedimento
  - DGRV n. 1404 del 4 aprile 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Aziende ULSS per l’avvio sperimentale di programmi integrati per la malattia di Alzheimer ed altre demenze”
  - DGRV n. 2208 del 3 agosto 2001 “Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali in materia di demenza senile tipo Alzheimer nelle strutture residenziali extraospedaliere
  - DGRV n. 1859 del 13.06.2006 “Linee di indirizzo per il sistema della domiciliarità e della residenzialità Area Disabili – art. 26 e 27 – L.R. 9/05
  - DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013
  - DGRV n. 1291 del 22 luglio 2014 Parere di congruità sul piano dell’Azienda Ulss 20 Verona attuativo di quanto disposto dalla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Art. 6, comma 3, della L.R. n.56/1994 ed art. 39 della L.R. n.55/1994.

### **Cure primarie**

- DGR n. 41 del 18 gennaio 2011 “Attuazione degli AACCCN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi”
- DGR n. 1666 del 18 ottobre 2011 “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della DGR n. 41 del 18.1.2011 –Medicina Generale”
- Piano aziendale per il potenziamento dell’assistenza primaria - del. n.ro 90 del 29/2/2012
- DGR n. 751 del 14/05/2015 “Attuazione della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 ‘Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016’ e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n.ro 127/CR del 3 ottobre 2013

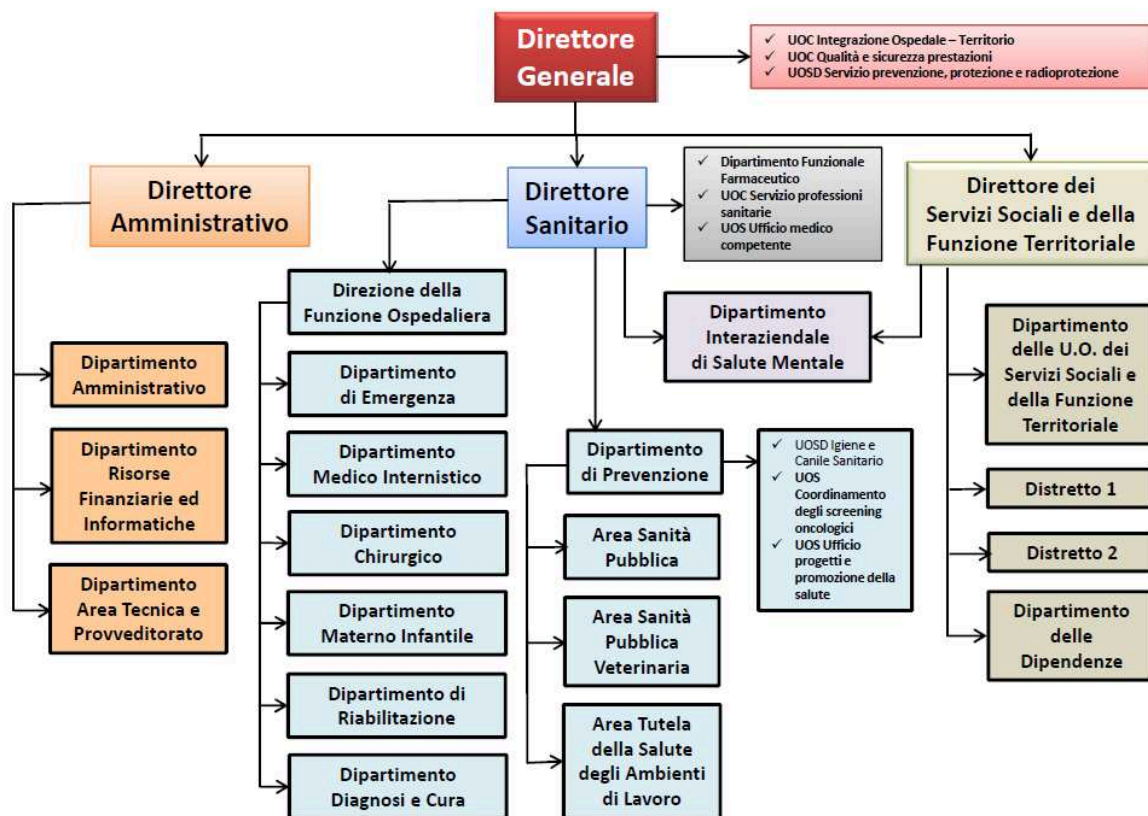
### **Servizi Sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali**

- Legge n. 328 del 8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Piano di Zona 2011/2015 approvato dalla Conferenza dei Sindaci e recepito dall’Azienda con delibera del DG n. 76 del 17.02.2012 – visto di congruità regionale con decreto n. 118 del 08.06.2011 (deliberazione DG n. 411 del 14.07.2011) – integrazione “Area Persone Anziane” recepito con delibera del DG n. 462 del 11.08.2011

- 
- L.R. Veneto n. 23 del 29.06.2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”
  - D.G.R.V. n. 1138 del 30.07.2013 “Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013)”
  - D.G.R.V. n. 2271 del 10.12.2013: “Nuove disposizioni in tema di organizzazione delle aziende ULSS e ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l’organizzazione del Dipartimento di prevenzione e per l’organizzazione del Distretto Socio Sanitario”
  - Atto Aziendale – approvato con propria deliberazione DG n. 274 del 22.05.2014
  - D.G.R.V. n. 1047 del 04/08/2015 “Impegnativa di cura domiciliare (ICD). Aggiornamenti alla DGR 1338/2013”
  - D.G.R.V. n. 2017 del 23/12/2015 “ Fondo Regionale per la non autosufficienza . Anno 2015. Art 5, comma 1 della LR 30/2009. DGR 113 CR del 10/12/2015”
  - D.G.R.V. n. 740 del 14/5/2015 “Nuova programmazione e modalità di determinazione delle rette tipo per i Centri diurni per persone con disabilità (DGR 6/CR del 10 febbraio 2015)”

## 2.2 L'amministrazione

### Organigramma sintetico



### Il personale dell'Azienda Ulss20 di Verona

Di seguito si riportano alcuni dati relativi al personale dell'Azienda rilevati al 31/12/2016.

Comparto ruolo amministrativo	324
Comparto ruolo sanitario	1.112
Comparto ruolo tecnico	437
Dirigenza Amministrativa	12
Dirigenza Medica	345
Dirigenza NON Medica	50
Dirigenza Professionale	2
Dirigenza Tecnica	5

Totale **2.287**

## Analisi caratteri quali-quantitativi

### Indicatori Valore

% media crescita unità del personale negli anni dal 2009 al 2016	-2,70% ~
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Turnover del personale (1/1/16-31/12/16)	Assunti 105 Cessati 139

## Analisi Benessere Organizzativo e della Conciliazione

### Indicatori Valore

Infortuni nel 2016	133
Stipendio medio * percepito (dirigenza)	82.651
Stipendio medio * percepito (comparto)	27.199
% di personale assunto a tempo indeterminato al 31/12/2016	99,03%
N° posti telelavoro attivati	4
Personale a part-time al 31/12/16 (personale non dirigente / dirigente)	363 / 2
% personale part-time rispetto totale (non dirigente / dirigente)	15,87% / 0,08%

\* Dato preconsuntivo calcolato tenendo conto del totale delle retribuzioni (voci a bilancio + fondo) indicate in sede di compilazione della IV rendicontazione 2016. In numero dei dipendenti è stato contabilizzato rispetto agli stessi in servizio al 31/12/2016.

## Analisi di genere

### Indicatori Valore

% di dirigenti donne	53,63%
% di comparto donne	77,41%
% di donne rispetto al totale del personale	73,08%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	73,82%
Età media del personale femminile (dirigenza)	48
Età media del personale femminile (non dirigenza)	48

## Età media

Comparto AMMINISTRATIVO	51,93
Comparto SANITARIO	43,34
Comparto TECNICO	51,82
Dirigenza AMMINISTRATIVO	53,44
Dirigenza Medica SANITARIO	49,55
Dirigenza non Medica SANITARIO	54,41
Dirigenza PROFESSIONALE	57,00
Dirigenza TECNICO	54,25

## 2.3 I risultati raggiunti

L'Azienda è impegnata a garantire ai cittadini la qualità dei servizi ed a ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario regionale, assicurando l'equilibrio economico-finanziario della gestione in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

Tali esigenze costituiscono la base degli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie per l'anno 2016 con D.G.R.V. del 2072/2015, che l'Azienda ha fatto propri.

Con D.G.R.V. 693/2013 la Regione Veneto ha poi disciplinato la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dello IOV, da parte della Giunta Regionale - come previsto dall'art. 13, comma 8 octies, della L.R. n. 56/1994, novellato dalla citata L.R. n. 23/2012 -, nel modo seguente:

- a) garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: 75%;
- b) rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: 5%;
- c) qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS, di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci: 20%.

La D.G.R.V. 2072/2015 ha inoltre stabilito che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalla citata DGR n. 693/201.

Applicando provvisoriamente la soglia di soddisfacente grado di raggiungimento agli obiettivi relativi alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale (evidenziati nella tabella sottoriportata e in attesa della conclusione del percorso valutativo da parte della Regione), e considerando che gli obiettivi "D.2.1 - Rispetto del Risultato Economico Programmato" e "D.2.2 – Variazione annuale del costo della produzione" risultano raggiunti per complessivi punti 10 se non viene considerato l'incremento della mobilità passiva (9,6 mln di euro in più nel 2016 rispetto al 2015, tutti da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, la cui attività è oggetto di documentate attività di verifica e controllo da parte dei competenti servizi e organismi dell'Ulss20 al fine di verificarne l'appropriatezza), ne risulta che il complesso di tali obiettivi totalizza provvisoriamente un punteggio di 54 su 75. A questi punti vanno sommati quelli già attribuiti dalla Conferenza dei Sindaci – 16,73 punti – e si perviene ad un punteggio provvisorio di 70,73, che rapportato ai 100 punti totali disponibili determina una quota di raggiungimento pari al 70,73%. Si è in attesa della valutazione da parte della competente Commissione del Consiglio Regionale, alla quale la D.G.R.V. 693/2013 ha riservato 5 punti su 100.

Di seguito l'elenco degli obiettivi strategici per l'anno 2016, di cui alla D.G.R.V. 2072/2015, e relativi indicatori, con l'evidenziazione del grado di raggiungimento provvisorio stimato da questa Azienda, in attesa della conclusione del percorso di valutazione:

<b>DGRV 2072/2015</b>		<b>Punti disponibili</b>	<b>Stima punti conseguiti</b>
A.1	Adeguamento della organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	1	1
A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	1	1
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	1	0,5

B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale	1	1
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	1	1
B.3	Applicare politiche di Autoassicurazione	1	1
C.1	Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici	3	0,75
C.3	Implementazione piani sicurezza alimentare	1	1
C.4	Integrazione Ospedale - Territorio	1	0,75
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	1	0,5
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	1	1
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	2	1,5
C.8	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile	1	1
C.9	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	2	1,75
C.10	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica	2	0
C.11	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	1	1
C.12	Indicatori di Appropriately Prescrittiva	3	3
C.13	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	1	1
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	3	3
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	15	10
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	12	11
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	10	7
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	3	0
E.3	Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche	2	2
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO	1	1
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	1	0,25
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	1	0
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	1	0
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali	1	1

<b>TOTALE DGRV 2072/2015</b>	<b>75</b>	<b>54</b>
<b>Conferenza dei sindaci</b>	<b>20</b>	<b>16,73</b>
<b>Quinta Commissione</b>	<b>5</b>	<b>Non ancora disponibile</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>100</b>	<b>70,73</b>

Di seguito vengono riportati i punteggi definitivi per l'anno 2015, approvati dalla Regione con DGRV 2268/2016, conseguiti dall'Azienda Ulss20 rispetto agli obiettivi stabiliti con DGRV 2525/2014:

<b>DGRV 2525/2014</b>		<b>Punti Disponibili</b>	<b>Punti conseguiti</b>
A.1	Adeguamento della organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	1	1
A.2	Sviluppo delle cure primarie e partecipazione alla governance	1	1
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	1	0,75
A.4	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012	1	1
A.5	Valutazione e monitoraggio dell'attuazione del Piano di Zona	1	1
A.6	Governo degli erogatori privati accreditati	1	1
A.7	Sviluppo del Punto di Contatto Regionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera	n.a.	n.a.
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale	1	1
B.2	Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende	1	1
B.3	Applicare le nuove politiche di Assicurazione	1	1
C.1	Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici	3	1,3
C.2	Integrazione Ospedale - Territorio	2	1
C.3	Appropriatezza delle cure ospedaliere	3	1
C.4	Ottimizzazione della Rete Oncologia ed attivazione delle Breast Unit	1	1
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	2	2
C.6	Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie	1	0,4
C.7	Organizzazione dell'Attività Chirurgica	1	1
C.8	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	3	1,5

C.9	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	2	1,75
C.10	Messa a regime del sistema ACG	1	1
C.11	Qualità dell'attività dello IOV	n.a.	n.a.
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi	20	16
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	10	4,9
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa	7	5,5
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	3	2
F.1	Adempimenti Questionario LEA	1	1
F.2	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	1	0,8
F.3	Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2 novembre 2011)	2	1
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	1	0,6
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili)	1	1
F.6	Implementazione del flusso informativo delle Cure Domiciliari secondo il tracciato della DGR 2372	1	1
F.7	Completezza e Tempestività del flusso SDO	n.a.	n.a.
<b>TOTALE DGRV 2525/2014</b>		<b>75</b>	<b>54,5</b>
<b>Conferenza dei sindaci</b>		<b>20</b>	<b>14,76</b>
<b>Quinta Commissione</b>		<b>5</b>	<b>4,59</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>100</b>	<b>73,85</b>

## 2.4 Le criticità e le opportunità

L'Azienda è impegnata sul fronte del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente.

La cultura organizzativa sta cambiando, il cambiamento è accolto con livelli soddisfacenti di partecipazione e con la consapevolezza del fatto che occorre far fronte alle attuali difficoltà economiche.

Di seguito i principali punti di forza dell'organizzazione:

- impegno e dedizione a livello organizzativo sul tema della qualità e della sicurezza del paziente;
- personale dedicato;
- attuazione di vari progetti e ottenimento di riconoscimenti (progetto ARCA; riconoscimento ufficiale "Ospedale Amico del Bambino" da parte dell'UNICEF);
- stretta collaborazione con la comunità e il territorio;
- le informazioni sull'Azienda sono rese fruibili e disponibili al pubblico.

Di seguito le principali sfide:

- occorre che l'efficienza organizzativa diventi un aspetto onnipresente;

- 
- la comunicazione interna deve essere rivista e occorre adottare un approccio/formato standard poiché, ad oggi, non risulta essere uniforme all'interno dell'organizzazione;
  - l'incolumità e la sicurezza del paziente devono essere incluse nelle job description;
  - sebbene la prassi dell'incident reporting sia già stata avviata, non è uniformemente attuata all'interno dell'organizzazione;
  - si incoraggia l'organizzazione a continuare gli sforzi intrapresi per l'introduzione della cartella clinica informatizzata.

L'organizzazione ha adottato un approccio proattivo nella gestione del budget e ha avviato una valutazione generale della performance.

Inoltre, sono state intraprese svariate iniziative per la prevenzione dei fattori di rischio che si ritiene promuoveranno l'adozione di stili di vita più sani.

Va proseguita la campagna di sensibilizzazione sulla pratica dell'incident reporting e sulla promozione della cultura del miglioramento continuo anche al fine di aumentare l'uniformità nelle varie aree preposte all'erogazione di prestazioni e servizi.

L'Azienda gestisce e detiene cospicui volumi di documenti e di informazioni. Queste informazioni sono accessibili tramite il sito Internet dell'Azienda sebbene non siano sempre facilmente fruibili da parte dell'utenza. L'Azienda si è dotata di misure di sicurezza a tutela della riservatezza delle informazioni e il personale accetta l'obbligo di rispettare tutte le politiche e le norme esistenti stabilite dal datore di lavoro. La comunicazione a livello aziendale è di tipo verticale (top-down) e assicura standardizzazione e coesione in tutte le strutture appartenenti all'Azienda e con entità esterne, collaboratori e parti sociali. I valutatori hanno notato lo sforzo effettuato per verificare la capillarità della comunicazione nei confronti dei dipendenti.

Va perseguita la formazione per i dirigenti sul tema della comunicazione come strumento di management, va perseguito il miglioramento della comunicazione interna e va migliorata la fruibilità da parte della cittadinanza delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi.

Le autorità locali di governo, i portavoce delle varie rappresentanze e le organizzazioni presenti sul territorio si sono detti soddisfatti dell'impegno assunto dall'Azienda nell'informarli su eventuali iniziative e progetti. Gli incontri con gli enti e le parti sociali si tengono con regolarità al fine di garantire la massima collaborazione possibile nell'interesse del cittadino e dei pazienti. Il team di valutatori ha avuto modo di incontrare vari portavoce e tutti hanno confermato l'eccellente grado di collaborazione e di disponibilità dell'Azienda nel coinvolgerli attraverso partenariati di progetto e anche nel discutere di come migliorare l'erogazione di determinati servizi o risolvere eventuali criticità.

Gli sforzi e i progressi fatti dall'Azienda dall'ultima visita di accreditamento sono indubbiamente encomiabili. L'incertezza economica, che spesso è stata indicata come fonte di stress, può anche diventare un'opportunità per mettere in atto soluzioni creative.

La valutazione dei percorsi dei pazienti punta verso un approccio più "snello" ("LEAN") e quindi verso maggiore efficienza.

Occorre intensificare le strategie di benchmarking in vari settori per consentire all'organizzazione di disporre di dati misurabili e di obiettivi per promuovere lo sviluppo.

---

### **3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti**

#### **3.1 Albero della performance**

L'albero della performance per l'Azienda Ulss 20, nell'anno 2016, è presentato nell'**Allegato n° 1**.

#### **3.2 Obiettivi strategici**

Come esposto al paragrafo "2.3 Risultati raggiunti", l'Azienda Ulss20 ha fatto propri gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie per l'anno 2016 con DGRV del 2072/2015. Tali obiettivi sono stati provvisoriamente raggiunti in modo soddisfacente.

#### **3.3 Obiettivi e piani operativi**

**Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.**

Relativamente ai livelli di attività, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale sono stati declinati ai centri di responsabilità come schematizzato nell'albero delle performance. Di seguito vengono ripresi descrittivamente i punti più significativi:

- **Ricoveri**

Ottimizzazione del numero di ricoveri con tasso di ospedalizzazione standardizzato non superiore al 135 per mille. Si è agito su due fronti. Il primo è il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri negli ospedali dell'Azienda. L'altro fronte di azione è la riduzione dei ricoveri evitabili dalle Case di Riposo. In esito agli sforzi dell'Azienda in questa direzione il tasso di ospedalizzazione dell'est veronese (bacino di afferenza dell'ospedale di San Bonifacio) è nel 2016 pari a 128 per mille abitanti a fronte di un tasso di ospedalizzazione nel territorio del Comune di Verona e dintorni, dove insistono le strutture dell'AOUI, pari a 145 e ad un tasso complessivo dell'Ulss20 pari a 141.

Si è inoltre proseguito nel trasferimento di attività da regime ordinario a regime ambulatoriale, nei casi previsti dalla normativa regionale e a ridurre il numero dei decessi in ospedale promuovendo la gestione della terminalità a domicilio e la creazione di percorsi condivisi di gestione palliativa, nonché l'ampliamento dei Nuclei di Cure Palliative.

- **Specialistica ambulatoriale**

Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa secondo la DGR 320/2013. Si è proceduto con la diffusione delle disposizioni in merito alla corretta modalità prescrittiva, con l'adozione o la stesura di protocolli sulle condizioni di accesso per classi di priorità, l'attuazione di opportuni feed-back con i medici prescrittori, sull'approfondimento dell'analisi delle prestazioni da acquistare da altri produttori, in particolare dall'AOUI di Verona.

Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante che non devono eccedere il valore di 4 procapite, esclusa la diagnostica di laboratorio. Si è proseguito nel miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, nella stesura e applicazione di linee guida da condividere anche con la medicina generale, nel controllo sistematico del rigoroso rispetto dei LEA. Prendendo in considerazione

---

il numero di prestazioni specialistiche per abitante è riscontrabile un divario di 0,5 prestazioni per abitante tra il comune di Verona e i comuni della cintura periferica della città da un lato (4 prestazioni per abitante) e i comuni dell'est veronese dall'altro (3,5 prestazioni per abitante).

- **Cure primarie**

Si è proceduto con l'applicazione di quanto previsto dal Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie  
Sono stati sostanzialmente mantenuti i livelli storici dei tassi di adesione alle vaccinazioni

- **Contenimento dei costi**

Si è proseguito con:

- le azioni di razionalizzazione, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, dei consumi e delle scorte dei beni sanitari e non sanitari e dell'acquisto di prestazioni sanitarie dall'AOUI di Verona
- le azioni, nell'ambito dell'assistenza specialistica, di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, riorganizzazione dell'erogazione e miglioramento dell'efficienza
- le azioni di razionalizzazione, nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, della costosità dell'assistenza farmaceutica convenzionata pro-capite anche tramite il percorso per l'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con la medicina generale e con i prescrittori ospedalieri, implementando sempre più la distribuzione dei farmaci alla dimissione e dopo visita specialistica
- il consolidamento della rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva e al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo, tramite il presidio dei farmaci oncologici le cui indicazioni terapeutiche sono soggette al Registro AIFA e l'implementazione dell'utilizzo dei farmaci biosimilari nei casi approvati

- **Debito informativo**

Tale obiettivo è tuttora fortemente condizionato dall'evoluzione del sistema informativo aziendale; in ogni caso è stata sostanzialmente garantita, come esplicitamente previsto dalla DGRV 2072/2015, la tempestività e la completezza dei flussi informativi nei confronti della Regione e del Ministero.

E' stata intensificata la responsabilizzazione delle unità operative addette all'erogazione dei servizi, tempestività e chiarezza della documentazione alla base della rilevazione informatica.

- **Informatizzazione**

Sono stati realizzati ulteriori avanzamenti sui seguenti percorsi:

- Assegnazione dei certificati digitali per l'identificazione e per la sottoscrizione dei documenti clinici (Firma Digitale) ai medici dipendenti e convenzionati
- Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici
- Messa a regime del registry e del repository
- Gestione telematica delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e farmaceutiche (E-prescription)

- 
- Implementazione del fascicolo sanitario elettronico
  - Dematerializzazione della ricetta cartacea
  - Miglioramento della qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari
  - Intensificazione della gestione informatica della residenzialità extraospedaliera
  - Implementazione del flusso informativo delle cure domiciliari
  - Riorganizzazione dei sistemi informativi aziendali, con particolare riferimento al sistema amministrativo contabile e all'informatica direzionale

- **Qualità e Accreditamento**

- **Accreditamento di Eccellenza**

Nel corso del 2016 a seguito del report di visita di verifica di Accreditation Canada, l'Azienda ULSS 20 ha inviato le evidenze di conformità per i criteri risultati non conformi, Attualmente rimane in attesa di acquisire il report finale.

- **Autorizzazione all'esercizio**

Siamo ancora in attesa di ricevere il report della visita di verifica, effettuata nell'ottobre 2015 presso tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'Ulss 20, per poter individuare le non conformità emerse nel corso della visita stessa, sulle quali pianificare progetti di miglioramento.

- **Audit Integrati**

Lo svolgimento degli Audit integrati è finalizzato alla verifica della rispondenza ai seguenti criteri di riferimento:

- requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale (L.R. 22/2002 e s.m.i.)
- standard di accreditamento all'eccellenza secondo Accreditation Canada International
- procedure aziendali del Sistema di gestione del rischio clinico
- procedure aziendali del Sistema di gestione della sicurezza.

Al fine di condurre le verifiche in modo puntuale ed oggettivo, i requisiti sono stati tradotti in due check list: la prima, definita "Check-list integrata", specifica per la verifica di requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, requisiti sulla sicurezza paziente/operatore; la seconda, definita "Check-list episodio di cura" applicata per la verifica del percorso assistenziale del paziente e l'analisi dei documenti di indirizzo clinico adottati dall'U.O.C./Servizio.

Con ciascuna struttura coinvolta sono concordate data e modalità di svolgimento dell'audit integrato, condotto da personale del Servizio Qualità e Sicurezza delle Prestazioni, del Sistema gestione rischio clinico, del Sistema Gestione Sicurezza e dell'Ufficio del medico competente.

Nel corso dell'audit integrato, adottando le check list sopracitate, sono effettuate le seguenti

---

verifiche:

- 1) osservazione diretta rivolta ai pazienti degenti/ambulatoriali, agli operatori e all'ambiente;
- 2) analisi documentale, ossia presa visione delle cartelle cliniche, procedure e report;
- 3) interviste rivolte agli operatori.

Nel dettaglio, i requisiti relativi all'osservazione diretta e alle interviste sono i seguenti:

- Identificazione del paziente
- Valutazione del rischio di caduta
- Valutazione delle lesioni da decubito
- Valutazione del dolore
- Ricognizione e riconciliazione farmacologica
- Terapia farmacologica
- Sicurezza delle iniezioni
- Igiene delle mani
- Misure di isolamento
- Processo di disinfezione e sterilizzazione
- Prevenzione legionellosi
- Gestione dei rifiuti sanitari
- Gestione dei conflitti nell'ambito lavorativo

L'analisi documentale consente di verificare:

- l'erogazione delle informazioni al paziente
- il passaggio di informazioni tra operatori
- il trasferimento o dimissione del paziente
- il consenso informato e la privacy
- le problematiche di natura etica
- la gestione dei conflitti
- la gestione della qualità
- la gestione DPI, apparecchiature e manutenzione
- la gestione delle emergenze
- la gestione degli infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi
- la formazione e inserimento nuovo operatore
- l'incident reporting

A conclusione di ciascun audit integrato, viene redatto un report, da inviare ai responsabili della strutture, nel quale sono rilevate le conformità e le non conformità ai criteri di riferimento, con le relative prescrizioni, nel rispetto dei requisiti e della normativa vigente di riferimento.

Nel biennio 2015 - 2016 sono stati eseguiti 25 audit integrati che hanno visto coinvolte le seguenti UU.OO.CC/ Servizi dell'Azienda ULSS 20 di Verona, secondo quanto previsto dal piano triennale audit integrati:

- Radiologia sede Ospedale di Marzana
- Dipartimento Chirurgico: Area Omogenea di degenza e Week Surgery
- Dipartimento Interaziendale Salute Mentale: CTRP "La Casa" 1 Marzana
- Dipartimento Interaziendale Salute Mentale: CTRP "La Casa" 2 Marzana
- Dipartimento Interaziendale Salute Mentale: CSM via Bengasi
- Lungodegenza sede Ospedale di S. Bonifacio
- Medicina Fisica e Riabilitazione Ospedale di S. Bonifacio

- 
- Endoscopia Digestiva Ospedale di S. Bonifacio
  - DSSB n. 2 Servizio vaccinazioni
  - Dipartimento di Prevenzione: Malattie Infettive e Viaggiatori Internazionali
  - Dipartimento di Prevenzione: SPISAL
  - Coordinamento Screening Oncologici: Screening mammografico
  - Coordinamento Screening Oncologici con la partecipazione dell'UOC Istologia e Anatomia Patologica e Consultorio Familiare: Screening cervice uterina
  - Nefrologia e Dialisi Ospedale di S. Bonifacio
  - Oncologia Ospedale di S. Bonifacio
  - Neurologia Ospedale di S. Bonifacio
  - Geriatria Ospedale di S. Bonifacio
  - Laboratorio Analisi Ospedale di S. Bonifacio
  - Farmacia Ospedale di S. Bonifacio
  - Servizi Socio Sanitari: RSA disabili sede di Marzana
  - Neuropsichiatria Infantile e Servizio Veterinario Area A - C: Centro Diagnosi Cura Autismo Marzana
  - Centro Decadimento Cognitivo via S. d'Acquisto
  - Odontoiatria disabili sede di Marzana
  - Cure Intermedie e Gestione Rete Distrettuale D1 - D2
  - Dipartimento Interaziendale Salute Mentale: Centro Diurno Cologna Veneta

Nel corso del 2016 sono stati ripetuti 7 audit integrati (effettuati per la prima volta nel biennio 2013-2014), per rispondere ad un obiettivo di budget sezione "Qualità delle prestazioni", che prevede appunto l'esecuzione di un audit integrato nel corso del biennio 2015 - 2016.

Di seguito l'elenco delle UU.OO.CC nelle quali sono stati effettuati i re-audit:

- Pronto Soccorso Ospedale di S. Bonifacio
- Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale di S. Bonifacio
- Gruppo Operatorio Ospedale di S. Bonifacio
- Medicina Ospedale di S. Bonifacio
- Cardiologia Ospedale di S. Bonifacio
- SERD via Germania
- Centro Malattie Diffusive

Per alcune UU.OO.CC./Servizi, l'Azienda ha preso atto di audit svolti da altri Enti (Regione Veneto, Commissione UNICEF, Ministero della Giustizia):

- Servizio Veterinario - Area B
- SIAN
- Sanità Penitenziaria
- Ostetricia e Ginecologia Ospedale di S. Bonifacio
- Pediatria Ospedale di S. Bonifacio
- Cure Primarie
- Servizio Progetti e Promozione della Salute
- Consultori Familiari
- RSPP e Medico Competente

– **Sistema Documentale aziendale**

Nel corso del 2016 il sistema informativo documentale aziendale è entrato a pieno regime e le Unità Operative hanno iniziato l'attività di caricamento nel software di documentazione sanitaria e amministrativa aggiornata.

– **Soddisfazione dell'utenza**

Nel corso del 2016 l'Ulss 20 ha aderito al progetto regionale "Analisi del clima interno delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Veneto", in collaborazione con il Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa

– **Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale**

Per rispondere alle esigenze regionali di effettuare le visite di verifica per i rinnovi dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie del Veneto, L'Ulss 20 ha mantenuto la delega, in attuazione della DGRV 1145/2013 e Decreto 82/2013, ad organizzare ed effettuare le suddette visite di verifica. Operatori esperti nei processi di miglioramento della qualità, appartenenti alle diverse aree aziendali, non solo dell'Ulss sono stati coinvolti dal Servizio Qualità e Sicurezza delle Prestazioni nello svolgimento di tali visite.

Il grado di raggiungimento provvisorio degli obiettivi operativi relativamente all'anno 2016, per singola unità operativa, è riportato nella tabella seguente:

Centro di Responsabilità	AREA STRATEGICA				
	Economica-finanziaria-patrimoniale	Organizzativa	Apprendimento - crescita - innovazione - sviluppo	Qualità delle prestazioni	TOTALE
Affari Generali	4	61	7	10	82
Approvvigionamenti Logistica	4	60	7	10	81
Audit e progetti	4	79	7	10	100
Contratti Lavori Pubblici	4	61	7	9	81
Controllo di Gestione	4	76	7	10	97
Convenzioni	4	61	7	10	82
Farmaceutico Territoriale	4	58	10	10	82
Formazione	4	61	2	10	77
Gestione Risorse Umane	19	61	7	8	95
Informatica	4	65	7	9	85
Integrazione Ospedale Territorio	4	79	7	10	100
Legale	4	79	1	4	88
Medico Competente	4	73	10	13	100
Prevenzione Protezione Radioprotezione	4	76	7	13	100
Professioni Sanitarie	4	79	7	10	100
Qualità e Sicurezza delle Prestazioni	7	72	7	14	100
Ricerca Clinica Valutazione Farmaci	5	59	13	18	95
Servizio Economico Finanziario	4	61	7	10	82
Servizio Tecnico	4	61	7	9	81

Psichiatrico 1	4	55	10	12	81
Psichiatrico 2	4	55	10	12	81
Psichiatrico 3	4	55	10	13	82
Psichiatrico 4	4	55	10	13	82
Area Amministrativa Servizi Sociali	4	57	10	11	82
Centro Riabilitativo di Ricerca e Intervento Sociale (CERRIS)	4	48	14	16	82
Centro Malattie Diffusive	15	58	10	13	96
Cure Intermedie	4	56	10	12	82
Cure Primarie	0	63	10	13	86
Demenze Senili	0	71	9	13	93
Dipendenze	0	58	10	13	81
Distretto 1	4	57	9	12	82
Distretto 2	4	57	10	12	83
Infanzia Adolescenza Famiglia	4	71	10	13	98
Medicina Territoriale Specialistica	4	58	10	9	81
Rete Distrettuale D1	4	56	9	12	81
Rete Distrettuale D2	4	56	10	12	82
Sanità Penitenziaria	15	57	15	9	96
Igiene Canile Sanitario	15	67	6	6	94
Progetti Promozione alla Salute	0	73	4	13	90
Screening Oncologici	0	68	10	13	91
Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN)	4	54	10	13	81
Servizio Igiene Urbana e Ambientale (SISP)	15	53	6	12	86
Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL)	4	55	10	13	82
Veterinaria Area A/C	4	55	9	13	81
Veterinaria Area B	4	55	10	13	82
Anatomia Patologica	17	56	10	13	96
Anestesia Rianimazione	15	56	10	13	94
Breast Unit	19	57	8	13	97
Cardiologia	15	56	10	13	94
Chirurgia	19	58	10	11	98
Direzione Medica Ospedaliera	4	58	9	12	83
Farmacia Ospedaliera	19	58	9	13	99
Gastroenterologia	19	58	10	13	100
Geriatrics	15	55	9	13	92
Laboratorio Analisi	19	58	10	13	100
Lungodegenza	16	58	10	13	97
Medicina Fisica Riabilitativa	16	56	10	13	95
Medicina Generale	13	58	10	13	94
Nefrologia Dialisi	19	57	10	13	99
Neuropsichiatria Infantile	0	73	10	13	96
Ortopedia Traumatologia	19	55	10	13	97
Ostetricia Ginecologia	19	58	10	11	98
Pediatria	15	56	8	13	92
Pronto Soccorso	18	57	10	12	97
Radiologia	19	58	10	13	100
Urologia	14	57	10	12	93

Il grado di raggiungimento definitivo degli obiettivi operativi relativamente all'anno 2015, per singola unità operativa, è riportato nella tabella seguente:

Centro di Responsabilità	AREA STRATEGICA				TOTALE
	Economica-finanziaria-patrimoniale	Organizzativa	Apprendimento - crescita - innovazione - sviluppo	Qualità delle prestazioni	
Affari Generali	15	58	10	10	93
Approvvigionamenti Logistica	19	58	10	10	97
Contratti Lavori Pubblici	19	58	8	7	92
Convenzioni	16	60	10	10	96
Farmaceutico Territoriale	17	60	10	10	97
Formazione	19	58	10	10	97
Gestione Risorse Umane	19	61	10	10	100
Informatica	19	62	5	9	95
Legale	0	76	8	8	92
Medico Competente	4	73	8	13	98
Medicina Specialistica	15	60	8	10	93
Prevenzione Protezione	4	73	10	13	100
Professioni Sanitarie	4	76	10	10	100
Radioprotezione	4	79	10	7	100
Ricerca Clinica Valutazione Farmaci	17	60	10	10	97
Economico Finanziario	19	60	8	10	97
Servizio Tecnico	19	58	8	10	95
Qualità e Sicurezza delle Prestazioni	7	69	10	14	100
Controllo di Gestione	4	73	8	10	95
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura 1	8	58	10	13	89
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura 2	8	58	10	13	89
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura 3	12	58	10	13	93
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura 4	8	58	10	11	87
Centro Riabilitativo di Ricerca e Intervento Sociale (CERRIS)	19	51	14	16	100
Area Amministrativa Servizi Sociali	19	59	10	11	99
Dipendenze	19	58	8	13	98
Cure Primarie	0	69	10	13	92
Demenze Senili	4	73	8	13	98
Distretto 1	15	57	8	12	92
Distretto 2	19	57	9	12	97
Infanzia Adolescenza Famiglia	0	71	10	13	94
Centro Malattie Diffusive	13	58	10	13	94
Veterinaria Area A/C	19	55	10	13	97
Veterinaria Area B	19	55	10	13	97
Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN)	19	55	10	13	97
Servizio Igiene Urbana e Ambientale (SISP)	19	55	10	13	97
Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL)	19	55	10	13	97
Anatomia Patologica	15	58	10	13	96
Anestesia Rianimazione	15	58	10	13	96
Breast Unit	15	56	10	12	93

Cardiologia	19	50	10	13	92
Chirurgia	15	58	9	10	92
Direzione Medica Ospedaliera	15	58	10	12	95
Farmacia Ospedaliera	19	58	9	12	98
Gastroenterologia	14	55	9	13	91
Geriatria	15	54	10	13	92
Laboratorio Analisi	4	58	10	13	85
Lungodegenza	14	57	10	13	94
Medicina Fisica Riabilitativa	14	54	10	13	91
Medicina Generale	19	50	10	13	92
Nefrologia e Dialisi	15	54	10	13	92
Neuropsichiatria Infantile	0	73	10	13	96
Ortopedia Traumatologia	15	58	8	11	92
Ostetricia Ginecologia	15	58	10	11	94
Pediatria	16	56	10	13	95
Pronto Soccorso	12	58	10	13	93
Radiologia	19	55	10	13	97
Servizio Urgenza Emergenza Medica (SUEM)	15	58	10	13	96
Urologia	4	58	9	10	81

### 3.4 Obiettivi individuali

- **PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Gli ambiti di valutazione sono ricondotti a due principali aggregati:

- Operativo (rispetto degli obiettivi di budget)

in questo ambito sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget. L'attenzione è concentrata sui risultati da conseguire nel periodo considerato;

- Comportamenti organizzativi

in questo ambito sono prese in considerazione le diverse dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi). Lo strumento di misurazione è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi sia i comportamenti. La scheda individuale presenta differenze a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

- **Valutazione dei fattori di prestazione del personale del comparto**

La scheda di valutazione del personale del comparto è strutturata su 8 item che servono a verificare l'adeguatezza delle prestazioni e del comportamento organizzativo.

I fattori sono di seguito elencati:

---

*QUANTITA' DEL LAVORO* inteso come volume di lavoro regolarmente prodotto con riferimento alla velocità e consistenza dei risultati

*QUALITA' DEL LAVORO* inteso come rispondenza del lavoro prodotto ai requisiti qualitativi di accuratezza, perfezione ed efficacia

*IMPEGNO* inteso come regolarità ed apporto costante nello svolgimento del lavoro

*PREPARAZIONE* inteso come conoscenze ed esperienze utilizzate nello svolgimento del lavoro

*AUTONOMIA* inteso come capacità di fronteggiare autonomamente il lavoro anche per problemi non routinari

*CAPACITA' DI GIUDIZIO* intesa come capacità di basare le decisioni e azioni sul raggiungimento e sulla ponderazione dei risultati

*ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO* inteso come efficienza nella sistematica pianificazione ed esecuzione del lavoro

*CAPACITA' DI RELAZIONE* intesa come capacità di stabilire e mantenere buoni rapporti, in particolare con gli utenti

La valutazione sugli 8 fattori avviene attribuendo un punteggio da 0 a 4.

- **Valutazione dei fattori di prestazione delle aree della dirigenza**

La scheda di valutazione per i direttori di UOC e responsabili di struttura semplice e semplice dipartimentale prevede la valutazione di due macro fattori prestazioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi quali:

1. valutazione dei risultati di gestione
2. valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati ai fini della retribuzione di risultato

Il primo macro fattore è a sua volta suddiviso in criteri che prendono in considerazione:

- il grado di attuazione delle funzioni delegate ai sensi dell'atto aziendale
- la capacità di guidare, delegare e valutare i collaboratori affidati
- la capacità di promuovere la qualità dei servizi diretti
- la capacità di gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali ai fini del miglioramento dei servizi
- la capacità di assolvere l'attività di controllo con particolare attenzione agli aspetti gestionali
- la capacità di programmazione e di coordinamento di attività e rispetto dei tempi previsti
- la collaborazione all'integrazione fra UU.OO.

- 
- la capacità di realizzazione di progetti innovativi

Per il restante personale dirigente la valutazione verte su un unico criterio che è valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati ai fini della retribuzione di risultato. E' inteso come conseguimento degli obiettivi prestazionali assegnati, capacità dimostrata nell'espletamento dei compiti assegnati, impegno e disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al raggiungimento degli obiettivi, apporto del dirigente per il conseguimento dei risultati collegati agli obiettivi di budget.

- **I soggetti competenti del sistema di valutazione**

La valutazione è svolta:

- dall'OIV con cadenza annuale ovvero con altra cadenza in base alle esigenze. L'OIV misura e valuta i risultati di ciascuna struttura, dipartimento e unità operativa nel loro complesso. Misura e valuta i risultati gestionali dei direttori di struttura complessa e semplice e successivamente, sulla base delle proposte formulate da questi ultimi, il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi affidati a tutti gli altri dipendenti, dirigenti e non, operanti nelle singole unità operative, nel rispetto della contrattazione collettiva nazionale e aziendale.
- dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale cui compete la valutazione della performance individuale per i direttori delle strutture tecnico-funzionali e di dipartimento;
- dai direttori delle strutture tecnico-funzionali e di dipartimento cui compete la valutazione della performance individuale dei responsabili delle unità operative a loro riferite e del personale a loro assegnato;
- dai direttori di UOC e responsabili UOSD cui compete la valutazione della performance individuale del personale a loro assegnato.

- **Gli aspetti tecnici del sistema di valutazione del personale del comparto**

Gli obiettivi assegnati alle singole Strutture/UO risultanti dalle schede di budget, sono ricompresi in due tipologie:

- A. Obiettivi a forte responsabilità del dirigente;
- B. Obiettivi specifici di area.

Il compenso incentivante è collegato al 60% agli obiettivi di tipo A e l'altro 40% agli obiettivi di tipo B; il raggiungimento di tali obiettivi costituisce condizione necessaria per ogni assegnazione definitiva della quota per la produttività collettiva.

La quota incentivante da assegnare alla Struttura/Centro di Responsabilità è proporzionalmente ridotta in rapporto alla percentuale di obiettivo raggiunto.

Ai fini di cui sopra la graduazione è la seguente:

---

obiettivi raggiunti

da 80% a 100%	liquidabile	100%
da 50% a 79%	liquidabile	50%
da 0% a 49%	liquidabile	0%

- **Gli aspetti tecnici del sistema di valutazione del personale delle aree dirigenziali**

I contratti integrativi aziendali prevedono una relazione diretta tra raggiungimento degli obiettivi di budget e salario di risultato.

Sono previsti abbattimenti diversificati tra dirigenza e comparto rispetto alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo di budget.

Per la dirigenza la quota di retribuzione di risultato da assegnare ad ogni singola Struttura/Unità operativa autonoma è proporzionalmente ridotta con la seguente graduazione:

da 91% a 100%	liquidabile	100%
da 81% a 90%	liquidabile	80%
da 0% a 80%	liquidabile	0%

- **Esiti generali della valutazione della performance individuale anno 2016**

I dati sono ancora in fase di elaborazione e saranno pubblicati appena disponibili.

#### **4. Risorse, efficienza ed economicità**

##### **Sintesi del Bilancio e Relazione sul Grado di Raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari**

Gli obiettivi di costo per questa Azienda derivano da diverse indicazioni regionali, poi riassunte dalla D.G.R.V. 2072/2015, che li ha riepilogati, assegnando agli stessi anche un punteggio utile alla valutazione complessiva della performance aziendale. Successivamente, la Regione ha trasmesso uno schema tipo per la valutazione di questi obiettivi, con il dettaglio delle informazioni necessarie per la compilazione di questo schema, mettendo, quindi, le Aziende in condizione di produrre una autovalutazione sul raggiungimento di tali obiettivi.

Nel testo che segue viene prodotta una relazione sull'argomento, precisando che gli obiettivi che risultano raggiunti, non sono ulteriormente commentati, mentre con riferimento agli obiettivi con scostamento negativo rispetto il limite fissato, vengono fornite le giustificazioni del mancato raggiungimento che rappresentano considerazioni in ordine all'efficienza e all'economicità nell'impiego delle risorse.

##### **Obiettivo D.1.1 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: PERSONALE**

Conto (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Costo del personale	107.081.000	105.376.336	-1.704.663	-1,6%

**Obiettivo D.1.2 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: FARMACEUTICA TERRITORIALE**

Conto (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Farmaceutica Territoriale da convenzione	54.825.290	55.003.805	178.515	0,3%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia  
Valore consuntivo sostanzialmente in linea con il valore soglia

**Obiettivo D.1.3 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: FARMACEUTICA OSPEDALIERA**

Conto di CE (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
B.1.A.1.- prodotti farmaceutici ed emoderivati	36.750.000	36 689 263	60.737	-0,2%

**Obiettivi D.1.4 e D.1.5 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: DISPOSITIVI MEDICI (NO IVD e IVD)**

Conto (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Dispositivi medici (no IVD)	9.393.150	8.754.784	-638.366	-6,8%
Dispositivi diagnostici in vitro (IVD)	3.383.481	3.286.442	-97.038	-2,9%

**Obiettivo D.1.6 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: ASSISTENZA INTEGRATIVA**

Conto (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	5.933.330	5.740.373	-192.957	-3,3%

**Obiettivo D.1.7 Rispetto del tetto di costo DGRV n. 2864/2012: ASSISTENZA PROTESICA**

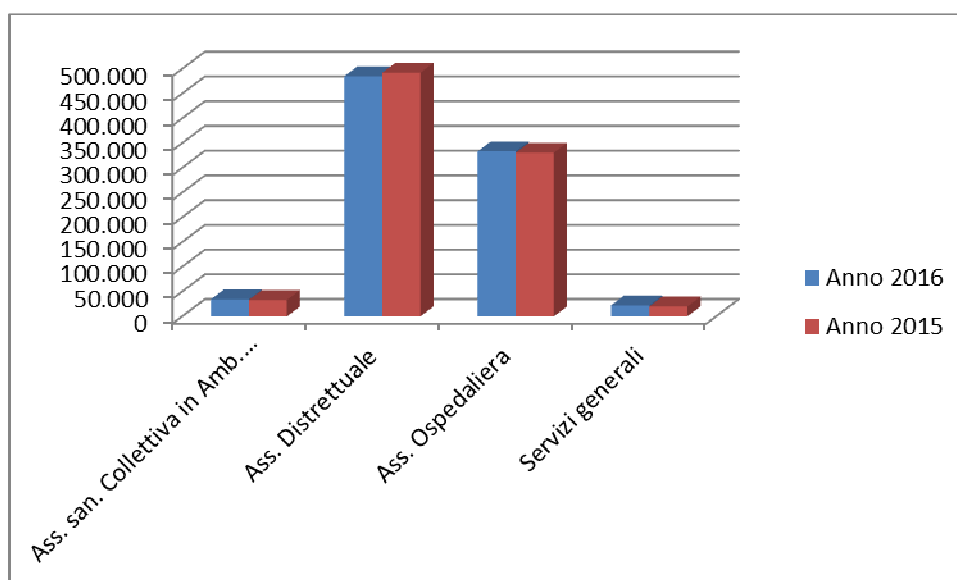
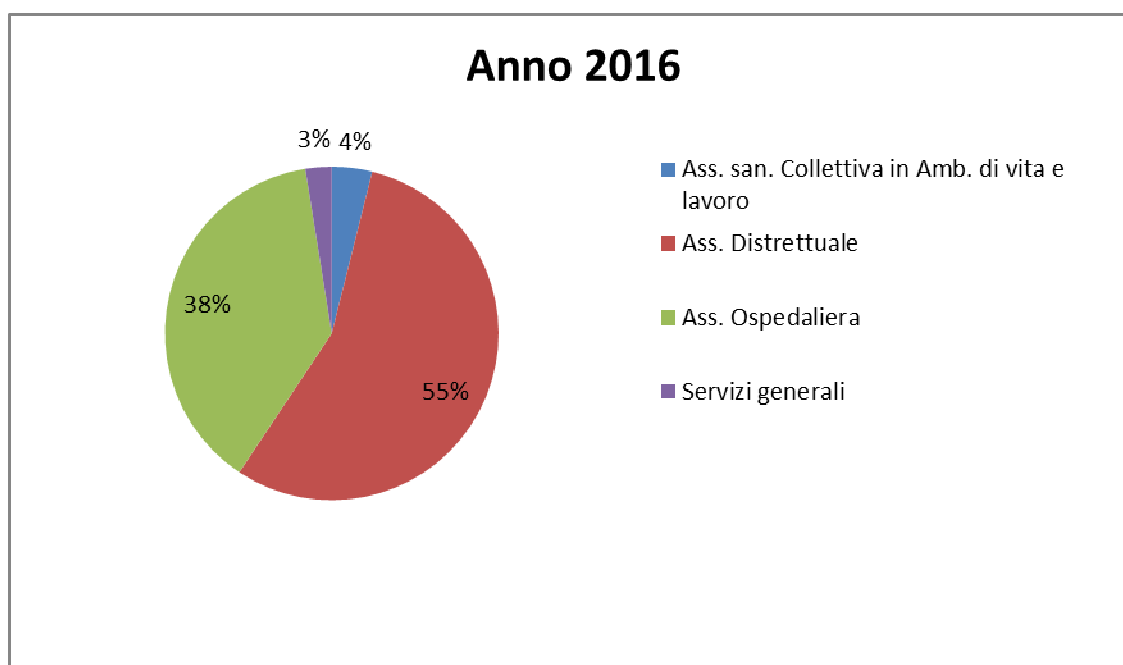
(€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Spesa procapite assistenza protesica	15,00	17,99	2,99	19,9%

**Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia**

Anche per il 2016, come già avvenuto negli anni precedenti, si riscontra per l'Ulss 20 un trend di aumento degli utenti destinatari degli ausili per incontinenza ad assorbenza del 3,5% rispetto al 2015. Contemporaneamente, a partire da aprile 2015, a seguito di gara regionale, si è beneficiato di una diminuzione del costo dei pannoloni che sono passati da 0,70 a 0,51 euro per giornata/utente. Per quanto riguarda invece la spesa per assistenza protesica, con esclusione degli ausili per incontinenza, come per gli anni precedenti si riscontra un aumento degli utenti destinatari del servizio pari a circa il 7%. Continua inoltre l'aumento delle prescrizioni di presidi ad alto costo nei confronti di minori da parte di un centro specializzato che opera nel territorio della U.L.S.S. 20; tali prescrizioni, tecnicamente non contestabili, sono destinate a minori con gravi o gravissimi problemi e vengono reiterate in tempi brevi a causa della rapida crescita dei destinatari. Il costo procapite per l'assistenza protesica nel 2016 risulta stabile rispetto al 2015. Nel corso del 2016, come già negli anni precedenti, si sono tenute più riunioni con frequenza approssimativamente bimestrale tra una rappresentanza dei medici autorizzatori dell'Azienda U.L.S.S. 20 (denominata "Commissione Presidi Complessi"), un fisiatra ed eventualmente altri specialisti interessati per branca, nel corso delle quali sono stati discussi i casi di richiesta fornitura presidi e ausili ad alto costo, riconducibili o richiesti ai sensi dell'articolo 1 comma 6 del D.M. 332/99, finalizzate a valutare i casi di inappropriata prescrizione al fine di evitare quella autorizzativa; i verbali di tutte le riunioni sono stati resi disponibili a tutti i medici autorizzatori come strumento di valutazione di casi analoghi successivi. Le misure di appropriatezza adottate hanno consentito di mantenere inalterata la spesa a fronte dell'aumentato numero di utenti.

## Analisi della spesa per livello di assistenza

SINTESI DEI COSTI PER LIVELLO ASSISTENZIALE E ANALISI SCOSTAMENTI				
Livello assistenziale	Anno 2016 (migliaia di euro)	Anno 2015 (migliaia di euro)	Scostamento (V.a. e V.%)	
Ass. san. Collettiva in Amb. di vita e lavoro	34.241	33.184	1.057	3,19%
Ass. Distrettuale	484.980	492.397	-7.417	-1,51%
Ass. Ospedaliera	332.067	330.781	1.286	0,39%
Servizi generali	22.224	19.954	2.270	-11,38%
<b>TOTALE</b>	<b>851.288</b>	<b>856.362</b>	<b>-5.074</b>	<b>-0,59%</b>



---

Si possono articolare le seguenti osservazioni:

- 1) Il costo del macro livello di assistenza relativo alla prevenzione è al di sotto del 5 % rispetto al totale dei costi aziendali, ma va tenuto conto che una quota di attività degli altri livelli di assistenza ha una funzione preventiva della quale si sta affinando il rilevamento. La quota percentuale di costo rispetto al totale dei costi aziendali è in tendenziale incremento.
- 2) Il macro livello di assistenza territoriale vede nel suo complesso una flessione nel 2016 rispetto al 2015, determinata principalmente dal trasferimento del Servizio Urgenza ed Emergenza all'Azienda Ospedaliero-Universitaria dal 1/7/2015 (-3 mln di euro sul livello 20300 : Emergenza sanitaria territoriale) e da un percorso di affinamento dei criteri di attribuzione dei costi dei servizi non sanitari (in particolare riscaldamento e pulizie) ai centri di costo comuni e di successivo ribaltamento sui centri di costo dei livelli di assistenza.
- 3) Il macro livello di assistenza ospedaliera vede un incremento nel 2016 rispetto al 2015, determinato principalmente dall'incremento dei costi per mobilità passiva dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona (4,4 mln di euro), parzialmente controbilanciati da riduzioni di costo su altri fattori produttivi, in particolare il costo del personale sanitario (-1,2 mln di euro, dovuti sia ad una riduzione di costo effettivo che ad un affinamento dei criteri di ripartizione dei costi tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale mediante analisi organizzativa)
- 4) Per quanto riguarda i costi generali , l'incremento nel 2016 rispetto al 2015 è dovuto sostanzialmente a svalutazione crediti dell'attivo circolante (0,8 mln di euro), e accantonamenti per copertura diretta dei rischi–autoassicurazione (1 mln di euro)

## **5. Pari opportunità e bilancio di genere**

### **Relazione di attività del Comitato Unico di Garanzia nell'anno 2016.**

Nell'anno 2016 si sono tenuti tre incontri del CUG, il primo il 2 marzo 2016.

Alla riunione è stato presente il dott. Patrizio Muraro, Direttore della U.O.C. Servizio Affari Generali che ha sinteticamente illustrato ai componenti il Piano Nazionale Anticorruzione e le misure sul Piano Triennale Prevenzione e Corruzione.

E' stato presentato, prima della consegna alla Direzione Aziendale, il nuovo Regolamento del CUG modificato e approvato dai componenti presenti all'incontro del 23 settembre 2015.

Sono state proposte azioni da intraprendere per aumentare la conoscenza del CUG all'interno dei reparti e servizi ed è stata valutata l'opportunità di proporre interventi a sostegno dei dipendenti con persone anziane da accudire, rilevato anche il progressivo invecchiamento dei dipendenti in servizio.

Con delibera n.207 del 3110312016 il Direttore Generale ha approvato il nuovo Regolamento secondo quanto disposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dal Dipartimento per le pari opportunità che prevedono che il CUG si doti di un regolamento per la disciplina del suo funzionamento.

Il secondo incontro si è svolto il 26 maggio 2016 alla presenza del consigliere di Fiducia dott.ssa Antonia Ballottin. Nella riunione la consigliera ha illustrato ai presenti l'attività svolta nell'intero anno a favore dei dipendenti dell'Ulss 20. Il presidente ha relazionato in generale sull'attività del CUG nel 2016. Si è poi dibattuto ampiamente sulle possibili azioni di supporto ai dipendenti dell'azienda, in vista delle imminenti

---

fasi di riorganizzazione aziendale (accorpamento, fusione, creazione di una unica ULSS) che avrebbero avuto ripercussioni sui servizi e sui singoli dipendenti.

Il terzo incontro si è svolto il 16 dicembre 2016 presso l'ospedale di San Bonifacio con la presenza, anche in questa occasione, della Consigliera di fiducia che ha fatto presente che il suo mandato è scaduto il 30 settembre. per conto del comitato si è proposto il suo rinnovo.

Si è discusso quindi dell'obiettivo di budget 2016: "Somministrazione e compilazione del questionario ICONAS", sul benessere lavorativo. Il Presidente ha comunicato che, in un incontro con il vicepresidente e il Responsabile dell'Ufficio Qualità, è stato proposto di non procedere alla somministrazione del questionario ICONAS, in primis per mancanza di tempo utile fino a fine anno, in secondo luogo perché è già stato somministrato a quasi tutti i dipendenti e rischia di essere una duplicazione con la nuova indagine promossa dalla Regione Veneto sul "Clima interno delle Aziende Sanitarie" in avvio nei mesi successivi.

Il Presidente del CUG ha riferito di essere stato nominato referente aziendale di tale progetto con il compito di partecipare agli incontri formativi a livello regionale e di coordinare le azioni e gli interventi a livello aziendale rapportandosi con i referenti della regione. E' stata approvata da tutti i componenti del CUG la linea proposta in merito al questionario. Pertanto si è deciso che sarebbe stata inviata a tutti i direttori e responsabili di unità operativa, una nota, validata dal CUG, da inserire nella scheda di budget a giustificazione della scelta effettuata.

E' stato annunciato che, a partire dal 1 gennaio 2017, con la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS della provincia di Verona, probabilmente anche i componenti del CUG sarebbero stati rinominati.

La Presidente, in vista di questo cambiamento, ha proposto di predisporre il Piano delle Azioni Positive per il triennio seguente, costituendo un gruppo di lavoro con alcuni componenti degli altri CUG della provincia e programmando almeno due riunioni fino a fine anno.

Per l'Ulss 20 sono state individuate la dr.ssa Poppini e la dr.ssa Viviana Coffele.

In previsione dell'approvazione del Piano della Formazione per il 2017, è stato suggerito l'inserimento di proposte formative da attuarsi su iniziativa del comitato.

In particolare sono stati proposti due eventi formativi, il primo dal titolo "Il Comitato Unico di Garanzia e le azioni positive" che ha l'obiettivo di implementare una cultura comune e condivisa sulla natura e le funzioni del Comitato Unico di garanzia presso il personale della nuova azienda sanitaria Scaligera che favorisca e agevoli l'abbattimento delle differenze di approccio tra gli operatori provenienti dalle tre aziende sanitarie Ulss 20, 21 e 22.

Il secondo evento proposto è "La conciliazione vita-lavoro in sanità". L'intento è quello di offrire delle valide metodologie che consentano l'utilizzo ottimale del tempo libero dell'individuo lavoratore dipendente e per converso, un approccio sereno al lavoro, favorendo in tal modo una diffusa cultura del benessere.

Le azioni da mettere in atto per questo fine sono molteplici: dalla maggiore flessibilità nella programmazione delle turnazioni, riducendo le assenze dovute a "permessi, congedi, etc. per motivi familiari/personali", alla introduzione della "Banca del tempo on line - Azienda Scaligera" per agevolare lo scambio di disponibilità oraria tra dipendenti, ad esempio carpooling per il raggiungimento della sede di lavoro o mutua assistenza nella gestione familiare (possibilità di accudire anziani, figli minori nel tempo libero, in cambio di altrettanta disponibilità da parte dei colleghi, previa prenotazione on line).

---

La realizzazione di tali eventi è stata rimandata all'istituzione di un nuovo CUG dell'Azienda Ulss 9 Scaligera, in previsione di delibera nel 2017.

## **6. Il processo di redazione della relazione sulla performance**

### **6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità**

La presente "Relazione degli obiettivi" è stata predisposta, per essere poi sottoposta alla validazione dell'O.I.V., dal gruppo tecnico, composto dalle UU.OO.CC. Servizio Controllo di Gestione, Qualità e Accreditamento e Servizio Gestione Risorse Umane, costituito con deliberazione n.ro 41 del 31/1/2013 del Direttore Generale dell'Azienda Ulss20 .

Le fasi e i tempi della redazione sono state le seguenti:

- Acquisizione nel mese di maggio 2017 dei dati annuali provvisori, monitorati trimestralmente, relativi agli obiettivi strategici regionale assegnati dalla Regione Veneto con DGRV 2072/2015
- Conseguente predisposizione del relativo rapporto finale provvisorio e suo recepimento nel capitolo 2.3 "Risultati raggiunti"
- Elaborazione analitica, nei mesi di maggio e giugno 2017, dei dati relativi ai risultati, monitorati infrannualmente (con tempistiche variabili a seconda della tipologia di dati) degli obiettivi quantitativi assegnati ai centri di responsabilità e acquisizione delle evidenze per gli obiettivi qualitativi e di processo
- Conseguente predisposizione del relativo rapporto finale provvisorio e suo recepimento nel capitolo 3.3 "Gli obiettivi operativi"
- Stesura, nei mesi di maggio e giugno 2017, della parte descrittiva e di spiegazione dei dati esposti
- Sottoposizione della relazione all'O.I.V. in data 13 giugno 2017
- Validazione della relazione da parte dell'O.I.V. in data 13 giugno 2017
- Pubblicazione della relazione e del documento di validazione sul sito aziendale, nell'apposita sezione, entro il 30 giugno 2017

### **6.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo della performance**

L'Azienda Ulss20 di Verona ha intrapreso una riorganizzazione dell'intero ciclo della performance che, partendo dalle indicazioni degli organi istituzionali e dei portatori d'interesse del territorio locale, individua obiettivi coerenti e sostenibili nel tempo, per quanto possibile, coordinati con gli altri Enti ed Amministrazioni che concorrono alla salute ed all'assistenza della popolazione locale in una logica di "Sistema".

La medesima coerenza e condivisione vengono perseguite nel processo di gestione aziendale tra le strutture e tra gli operatori.

Il raggiungimento degli obiettivi viene misurato attraverso indicatori prefissati ed i risultati di fine anno, monitorati durante il processo, concorrono al riconoscimento della quota stipendiale di risultato.

I punti di forza di un tale percorso sono rappresentati sostanzialmente dalle sue caratteristiche di condivisione, coerenza, efficienza, trasparenza e definita assunzione di responsabilità.

---

Le difficoltà che, in estrema sintesi, sono riscontrabili anche a livello locale sono rappresentate dalla complessità della natura delle aziende sanitarie, in termini di molteplicità di figure professionali, di posizioni contrattuali, di rappresentanze sindacali, che non sempre favoriscono la coesione tra gli operatori, dalla forte dinamicità degli obblighi normativi, dalla riduzione delle risorse disponibili qui aggravata da un invecchiamento della popolazione con una parcellizzazione storicamente radicata, ma in via di razionalizzazione, dei punti di erogazione.

Tali difficoltà di contesto rappresentano i punti di debolezza e di sfida nell'organizzazione e nell'applicazione di un ciclo della performance aziendale soddisfacente per il cittadino.