



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA**

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



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015 - 2017

Piano Triennale di Valutazione degli Obiettivi

Approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 30 gennaio 2015

Indice

1. Presentazione del Piano	pag	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder esterni	pag	4
3. Identità	pag	5
3.1 L'Azienda "in cifre"	pag	5
3.2 Formazione e Didattica	pag	6
3.3 Attività di ricerca	pag	7
3.4 Mandato istituzionale e Missione	pag	8
4. Analisi del contesto	pag	9
5. Sistema Qualità e Accreditamento	pag	16
6. Sistema aziendale per la gestione della sicurezza del Paziente	pag	17
7. Organigramma e albero della performance	pag	17
8. Obiettivi strategici	pag	18
9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	pag	20
10. La relazione degli obiettivi	pag	21
11. Il ciclo di gestione della valutazione dei risultati e le azioni di miglioramento	pag	21
12. Il sistema premiante e la valutazione del Personale	pag	22
13. L'Organismo Indipendente di Valutazione	pag	24
14. Trasparenza, Integrità e Anticorruzione	pag	25
15. Il Comitato Unico di Garanzia	pag	26
16. Allegati		
Organigramma	pag	28
Albero della Performance	pag	31
Il ciclo di gestione della Performance	pag	32
Obiettivi regionali 2015	pag	33

1. Presentazione del Piano

Il Piano della Performance è un documento di programmazione aziendale introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 01 agosto 2011 n. 141.

Alla luce della normativa nazionale, la Regione Veneto ha approvato la L.R. n.9 del 26.05.2011, modificata dalla L.R. n. 22 del 22.11.2011, e successivamente emanato, con DGRV n. 2205 del 06.11.2012, le "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza".

Il Piano della Performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (di seguito, per brevità, AOUI), conformemente agli indirizzi di legge, si configura come il documento che avvia il ciclo di gestione della performance, ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali sui quali sarà basata la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

Questo documento, che rappresenta uno dei primi atti programmatori della Direzione Generale insediatasi il 1° gennaio 2015, consente di tracciare le linee di programmazione e di sviluppo del mandato istituzionale alla luce:

- delle direttrici d'azione identificate nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016¹ e della Delibera n. 2122/2013² con la quale la Giunta della Regione Veneto ha aggiornato le schede di dotazione ospedaliera assegnando alla nostra Azienda il ruolo di centro di riferimento per alcune funzioni (hub regionale)
- della normativa e degli input regionali per quanto concerne gli obiettivi di salute e di razionalizzazione dei servizi sanitari
- dell'implementazione del recente Atto Aziendale³, adottato dopo una lunga fase di concertazione con l'Università degli Studi di Verona in ragione della integrazione tra le attività di assistenza, ricerca e didattica che rendono peculiare questa Azienda.

Al fine di garantire continuità delle azioni e coerenza con gli obiettivi di sviluppo individuati, col presente Piano vengono delineati gli obiettivi triennali dell'Azienda, mentre la loro declinazione nelle diverse annualità verrà esplicitata attraverso il processo di budget e specificata nei Documenti di Direttive.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione ad eventuali nuovi obiettivi definiti in sede di programmazione regionale, a modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento e, più in generale, alle modalità di organizzazione e funzionamento dell'AOUI.

Il Piano, redatto secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, è reso conoscibile e scaricabile sul sito istituzionale dell'AOUI (<http://www.ospedaleuniverona.it>), nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

¹ LR 29 giugno 2012 n. 23 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

² DGRV n. 2122 del 19 novembre 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"

³ Deliberazione del Direttore Generale n. 634 del 17.10.2014 "Adozione definitiva dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona"

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

Chi siamo

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. E' dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, finanziaria e tecnica. Opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e dell'Università, in particolare della Scuola di Medicina e Chirurgia, 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. Il logo aziendale è costituito a sinistra dal logo della cessata Azienda Ospedaliera "Istituti Ospedalieri di Verona" e a destra dal logo dell'Università degli Studi di Verona; all'interno è inserita la denominazione "Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona". Si compone di due presidi ospedalieri: Borgo Trento (già Ospedale Civile Maggiore) e Borgo Roma (già Ospedale Policlinico). Nel contesto della rete ospedaliera veneta l'AOUI costituisce uno dei due Centri Hub presenti nella Regione Veneto, come disposto dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2014, centro di eccellenza a livello nazionale nonché centro di riferimento per alcune funzioni (es. chirurgia oncologica, emergenza neonatale, ustioni, trapianti). In AOUI operano più di 5.000 dipendenti tra medici ospedalieri ed universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, contribuiscono all'attività dell'azienda oltre 1.000 collaboratori "atipici" (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali).

Cosa facciamo

L'AOUI è una realtà di riferimento per tutta la Regione Veneto ed è riconosciuta quale centro sanitario di livello nazionale di alta specializzazione per le attività che vengono svolte nei diversi settori della ricerca, dell'assistenza e della formazione. L'inscindibilità di queste tre fondamentali linee di attività implica l'impegno dell'AOUI ad utilizzare al meglio le caratteristiche tecniche, le competenze acquisite e le esperienze specifiche del personale proveniente dall'Università e dal Servizio Sanitario Regionale. Vi vengono svolte numerose attività d'eccellenza ed è sede di numerosi Centri di Alta Specializzazione. Le Unità Operative ed i Servizi di diagnosi e cura in cui è articolata l'Azienda rappresentano tutte le principali specialità mediche e chirurgiche. Accanto alle attività di ricovero è organizzata anche l'attività specialistica ambulatoriale che ricomprende visite mediche e prestazioni diagnostico-strumentali e di laboratorio. Prestazioni e servizi ambulatoriali sono erogati anche in regime di libera professione su libera scelta dell'assistito.

Come operiamo

L'AOUI ha adottato la struttura dipartimentale come modello ordinario di organizzazione e strumento abituale di gestione operativa. I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicurano l'esercizio delle funzioni assistenziali garantendo loro globalità e continuità di prestazioni, integrando tale esercizio con le connesse attività di ricerca e didattica, mentre i Dipartimenti Amministrativi e Tecnici (DAT) ne assicurano il supporto tecnico-operativo. Allo scopo di realizzare programmi di rilevanza strategica e/o obiettivi interdipartimentali, più Unità Operative possono essere aggregate in Dipartimenti Funzionali, configurati come un sottoinsieme omogeneo connotato da specifiche finalità e da integrazioni operative significative per ragioni disciplinari, culturali, assistenziali ed anche storiche. L'AOUI ha adottato 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 e secondo criteri di appropriatezza, nel rispetto del principio della corretta gestione delle risorse a disposizione.

3. Identità

3.1. L'AOUI in cifre⁴

	Strutture
1	Sede di Borgo Trento
1	Sede di Borgo Roma

Risorse Umane	Personale dipendente	Personale universitario in convenzione
Dirigenti	761	206
Personale non dirigente	4.127	43
Dipendenti totali	4.888	249

Attività Assistenziali	
Posti letto (ricovero ordinario)	1.266
Posti letto (ricovero diurno)	197
Unità Operative	79 Unità Operative Complesse sanitarie, di cui 75 certificate ISO 9001 ed 1 in via di certificazione 19 Servizi in Staff alle Direzioni (Generale, Sanitaria e Amministrativa), di cui 18 certificati ISO 9001
Attività giornaliera	1.100 pazienti ricoverati 330 accessi in day hospital 100 interventi chirurgici 400 accessi in Pronto Soccorso 3.000 prestazioni ambulatoriali 10 parti

indicatori di attività	2012	2013	2014 (pre-consuntivo)
N° Ricoveri ordinari	45.573	44.593	44.712
Numero di GG di degenza ordinaria	407.945	389.673	391.212
Degenza Media	9,0	8,7	8,7
Peso Medio complessivo	1,32	1,35	1,34
Peso Medio casi chirurgici	2,02	2,10	2,12
Peso Medio casi medici	0,85	0,87	0,87
N casi outliers	2.519	2.080	1.476
% casi outliers	5,5%	4,7%	4,3%
Degenza media casi outliers	29,00	30,40	29,95
% casi urgenti	53,6%	55,0%	59,4%
% casi oncologici	19,5%	19,6%	17,4%
Provenienza pazienti:			
area provinciale (%)	79,8%	80,3%	80,3%
altro Veneto (%)	6,0%	5,9%	6,2%
extraregionale (%)	14,2%	13,8%	13,5%
Valore medio (euro) per caso trattato	4.497	4.584	4.585
Valore medio (euro) per caso trattato paz extra regione	6.025	6.634	6.453
N° Ricoveri DH	20.210	18.655	17.163
N° accessi in DH	68.130	65.534	60.291
% casi oncologici	23,1%	23,5%	20,3%
Provenienza pazienti:			
area provinciale (%)	77,6%	75,7%	75,8%
altro Veneto (%)	6,8%	7,7%	7,3%
extraregionale (%)	15,7%	16,7%	16,8%
Valore medio (euro) per caso trattato	1.808	1.894	2.081
Valore medio (euro) per caso trattato paz extra regione	2.170	2.300	2.630
n Amid attivati	23.121	24.049	26.710
Attività specialistica ambulatoriale paz esterni	4.287.414	4.650.838	4.752.722
valore medio paz esterni	18,8	18,1	19,3
Attività specialistica ambulatoriale paz interni	5.287.670	4.262.447	4.141.719
valore medio paz interni	11,7	13,7	13,2
Nr accessi in PS	146.877	145.293	143.090
% accessi seguiti da ricovero	15,8%	16,1%	16,1%

⁴ Dati al 31 dicembre 2014

Il Piano Socio-Sanitario Regionale chiarisce come l'AOUI, oltre ad essere *hub* per la provincia di Verona grazie alla presenza di alte specialità, costituisca anche un centro di riferimento regionale per alcune funzioni determinate dalla programmazione regionale e rappresenti un centro di eccellenza e punto di riferimento a livello nazionale.

Va poi ricordato come la Giunta Regionale del Veneto, con DGRV n. 2707 del 29 dicembre 2014⁵, abbia recentemente revisionato l'elenco dei Centri Regionali Specializzati, ovvero di quelle strutture che svolgono attività di rilevanza clinica, di ricerca e di supporto alle reti cliniche definite nel Piano SSR, in base ai seguenti requisiti:

- essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza, con relativa produzione di linee-guida, protocolli e procedure;
- qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo;
- produzione scientifica riconosciuta a livello nazionale e internazionale;
- attività di formazione su scala regionale.

Per l'AOUI di Verona la Regione ha riconosciuto i seguenti 38 Centri Regionali Specializzati, afferenti a ben 19 specialità:

Specialità	Struttura Complessa di Riferimento	Denominazione Centro
Allergologia	USD Allergologia	Centro per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie allergiche del bambino e dell'adulto
Cardiologia	UOC Cardiologia	Centro per la cura delle malformazioni congenite del cuore
		Centro per la terapia chirurgica avanzata dello scompenso cardiaco
		Centro per lo studio e il trattamento delle patologie vascolari polmonari
Chirurgia	UOC Chirurgia Generale ed Epato- Biliare	Centro per i soggetti stomizzati
	UOC Chirurgia Generale e del Pancreas	Centro per la chirurgia oncologica epato-biliare
	UOC Chirurgia Esofago-Stomaco	Centro per le malattie del pancreas
Chirurgia maxillo facciale	UOC Chirurgia Maxillo Facciale e Odontoiatria	Centro per la chirurgia dei tumori gastrici
		Centro per l'attività di ricostruzione microchirurgica del distretto cranio maxillo-facciale
Chirurgia Plastica	UOC Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	Centro di aggiornamento permanente per la ricostruzione mammaria
Dermatologia	UOC Dermatologia	Centro per la ricerca sulla psoriasi
		Centro per lo studio della mastocitosi
Ematologia	UOC Ematologia	Centro per la ricerca traslazionale per la terapia cellulare rigenerativa ed immunoregolatoria con cellule staminali mesenchimali
Endocrinologia	UOC Endocrinologia e malattie del metabolismo	Centro per la diagnosi e terapia dell'iperandrogenismo per la tutela della salute della donna
		Centro per le alte tecnologie in diabete mellito e metabolismo
		Centro per la diagnosi e terapia delle dislipidemie e aferesi terapeutica
Medicina	UOC Fibrosi Cistica	Sindrome di Shwachman-Diamond (SDS)
	UOC Medicina Generale e Malattie Aterotrombotiche e Degenerative	Centro per la ricerca biomolecolare e istomorfometrica nell'ambito delle patologie scheletriche e degenerative
	UOC Medicina Generale ad indirizzo Immunoematologico ed Emocoagulativo	Centro per la diagnosi e cura delle malattie del metabolismo del ferro
		Centro per lo studio delle piastrine indirizzato alla diagnostica e alla clinica dei disordini piastrinici
Medicina del Lavoro	UOC Medicina del Lavoro	Centro per l'analisi dei rischi e delle patologie psico-sociali di origine lavorativa
Neurochirurgia	UOC Neurochirurgia B	Centro per la neurochirurgia stereotassica assistita da sistemi informatici avanzati e da sistemi robotizzati
Neurologia	UOC Neurologia A	Centro di Alzheimer e disturbi cognitivi
	UOC Neurologia B	Centro per la malattia di Parkinson e disturbi del movimento
		Centro per la sclerosi multipla
Oculistica	UOC Oculistica	Centro per la retinopatia della prematurità
		Centro per lo studio delle lenti e protesi visive intraoculari
Oncologia	UOC Oncologia	Centro per la neoplasia mammaria
Ortopedia	UOC Chirurgia della mano	Centro per la chirurgia della mano
	UOC Ortopedia A	Centro chirurgia della pelvi e del bacino
ORL	UOC ORL	Centro per la chirurgia e la riabilitazione bionica dell'udito
		Centro per gli screening neonatali, la diagnosi e la cura delle malattie metaboliche ed endocrinologiche congenite
Pediatria	UOC Pediatria	Centro per l'asma e gli immunodeficit in età pediatrica
		Centro per la diagnosi e la cura delle malattie rare scheletriche dell'età evolutiva
	UOC Pediatria ad ind diabetologico	Centro per la diabetologia pediatrica
Psichiatria	UOC Psichiatria	Centro per la diagnosi precoce ed il trattamento dei disturbi psicotici all'esordio
Reumatologia	UOC Reumatologia	Centro di ricerca delle artriti di recente insorgenza
		Centro per l'osteoporosi

3.2. Formazione e Didattica

La tabella sottostante illustra sinteticamente l'attività di formazione e di didattica istituzionale dell'Anno Accademico 2013-2014 svolta presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di

⁵ DGRV n. 2707 del 29/12/2014 "Riconoscimento dei Centri Regionali Specializzati delle strutture ospedaliere pubbliche qualificate hub dalla DGR n. 2122 del 19.11.2013 e DRG n. 14 del 11.1.2011"

Verona, alla quale va ovviamente aggiunta la parte di didattica e formazione sul campo svolta presso le Unità Operative dell'AOUI.

Formazione e Didattica		
Offerta formativa	Descrizione	Totale studenti AA 2013/2014
Corsi di laurea specialistica a ciclo unico	Medicina e Chirurgia	1.174
	Odontoiatria	91
Corsi di laurea specialistica	Scienze professioni sanitarie della riabilitazione	36
	Scienze infermieristiche ed ostetriche	92
Corsi di laurea	Professioni sanitarie della prevenzione	36
	Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche	2.162
	Professioni sanitarie della riabilitazione	341
	Professioni sanitarie tecniche	249
SUB TOTALE		4.181
Corsi di Perfezionamento		117
Master		262
Dottorati di ricerca		288
SUB TOTALE		667
Offerta formativa	Descrizione	Totale studenti AA 2013/2014
Scuole di specializzazione	Area medica	1.010
	Area chirurgica	
	Servizi	
TOTALE		5.858

Fonte dati: Presidenza Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Verona

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

Nel settembre 2012 l'AOUI ha attivato il nuovo Centro di Simulazione, denominato *Practice Verona*, posto all'interno di strutture appositamente dedicate presso l'ospedale di Borgo Trento, con l'intento di promuovere la formazione anche attraverso attività di simulazione, in particolare quelle dedicate al rischio clinico, all'emergenza-urgenza di base ed avanzata.

Dal 2013 l'AOUI di Verona è stata accreditata Provider ECM (Decreto Regione Veneto n. 135 del 26.07.2012), diventando così soggetto erogatore di formazione a tutti gli effetti. Dallo stesso anno l'AOUI è sede del Centro Regionale di Simulazione e Formazione Avanzata per il personale sanitario (SiRFAV), istituito con DGR n. 2853 del 28/12/2012. L'avvio del SiRFAV ha consentito di accelerare l'attivazione di percorsi di formazione in simulazione come quelli di chirurgia robotica in urologia utilizzando il robot Da Vinci.

Il Piano Aziendale della Formazione 2015, composto da 254 eventi formativi pianificati, è stato deliberato dall'AOUI⁶ dopo l'effettuazione di un censimento dei fabbisogni formativi a livello dei singoli Dipartimenti. Il totale complessivo del budget messo a disposizione del Servizio per lo Sviluppo delle Professionalità e l'Innovazione per l'anno in corso è pari a 745.000 euro.

3.3. Attività di ricerca⁷

L'ultimo rapporto ANVUR (2013) pone l'Ateneo di Verona terzo fra le grandi Università italiane dopo Padova e Milano Bicocca. La Scuola di Medicina nel suo complesso è risultata prima in Italia per la qualità della produzione scientifica e dell'attività formativa, confermando i risultati di due valutazioni bibliometriche della ricerca condotte indipendentemente dall'Università di Leyden negli ultimi 15 anni.

Nel triennio 2010-2012 sono stati presentati 31 progetti di ricerca in Europa, 8 dei quali giudicati positivamente con un cofinanziamento di circa 5.600.000 euro, e 57 progetti in ambito nazionale, di cui 24 finanziati con circa 7.500.000 euro. A questi, si aggiungono i fondi erogati dalla Regione Veneto e dalla Fondazione Cariverona (che ha sempre contribuito in maniera importante a sostenere

⁶ Delibera del Direttore Generale n. 19 del 22/01/2015 "Piano Formativo Aziendale 2015"

⁷ Con il contributo del Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona

tale attività), unitamente a quelli di altre realtà come Telethon, AIRC, e altre Associazioni di volontariato.

Nel quadriennio 2010-2013 questi finanziamenti hanno contribuito anche a garantire l'erogazione di oltre 140 assegni di ricerca a giovani meritevoli.

Numerosi ed importanti sono i filoni di ricerca sia preclinica che clinica che caratterizzano la medicina universitaria veronese: che vengono in gran parte condotti nel LURM, il Laboratorio Universitario di Ricerca Medica, e negli Istituti Biologici. Ricordiamo inoltre il laboratorio di ricerca sulle cellule staminali, e la Cell Factory presso la quale vengono prodotte cellule staminali da utilizzare nell'applicazione clinica.

I maggiori filoni di ricerca, sia di base che applicata, riguardano:

ambito medico	malattie metaboliche, malattie cardio-vascolari,ematologiche, emocoagulative, autoimmuni e malattie rare
ambito neurologico	basi biologiche del comportamento; meccanismi del sonno e veglia; studi su apparato visivo e rigenerazione del nervo ottico; invecchiamento normale e patologico; studi su importanti malattie neurologiche come SLA, Sclerosi multipla, Alzheimer e demenze
genomica	studi genetici sulla proliferazione cellulare, sull'analisi di genetica molecolare delle comuni malattie cardiovascolari, respiratorie e metaboliche, sulla rigenerazione tissutale, sulle diagnosi molecolari delle malattie rare dell'osso, delle neoplasie pancreatiche e ginecologiche; farmaco-genomica per l'applicazione dei nuovi farmaci antitrombotici; genomica del cancro
ambito oncologico chirurgico	tumori del pancreas, tumori del fegato e delle vie biliari, tumori dell'esofago-stomaco

Le aree di eccellenza nella ricerca hanno come risvolto pratico elevati livelli di diagnosi e cura, anche grazie all'applicazione di innovazioni tecnologiche come ad esempio il trattamento con Gamma-Knife dei tumori cerebrali o gli interventi chirurgici in ambito prevalentemente urologico, ma anche addominale e toracico eseguiti con il robot.

A testimonianza del lavoro svolto e della qualità della ricerca, nella valutazione ANVUR 2004-2010, recentemente pubblicata, alcuni settori scientifico-disciplinari sono risultati primi in Italia entro le loro categorie:

- endocrinologia, per le originali e sofisticate tecniche di studio sulla valutazione della sensibilità insulinica;
- psichiatria, per l'importante produzione scientifica sul monitoraggio e valutazione dei servizi di salute mentale, sui trattamenti innovativi dei disturbi psichici, sullo studio di aspetti morfo-funzionali cerebrali con tecniche di brain-imaging;
- dermatologia, per gli studi sulla psoriasi e le sue relazioni con le malattie metaboliche;
- oculistica, per i progetti di ricerca sulle malattie oculari degenerative, del glaucoma e della chirurgia dei trapianti e dell'uso delle cellule staminali nei gravi deficit visivi.

Come si può intravedere da questa brevissima e incompleta rassegna, gli ambiti di ricerca sono molti, e tutti di potenziale e grande impatto sulla salute.

Va inoltre ricordato come - in conformità da quanto stabilito dall'art 1 del Protocollo di Intesa stipulato tra la Regione Veneto e le Università ai sensi del Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 - l'AOUI riconosca il fondamentale valore della ricerca sia per il personale universitario che ospedaliero, e garantisca ogni sforzo per assicurarne lo sviluppo presso le proprie articolazioni organizzative. In tal senso va inquadrata anche l'istituzione della figura del Direttore Scientifico (D.Sci.) attuata formalmente con nuovo Atto Aziendale.

3.4. Mandato istituzionale e Missione

La missione istituzionale dell'AOUI è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica e psichica, in un processo che includa 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 e organizzative. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte

le competenze scientifiche e cliniche della Scuola di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

L'AOUI ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale armonizzandole con quelle della Scuola di Medicina e Chirurgia, impiegando in modo efficiente le risorse ad essa assegnate.

I valori che ne ispirano l'azione sono:

- la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità di accesso dei cittadini ai servizi sanitari
- la diffusione delle conoscenze in ambito di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, quale strumento di formazione ed aggiornamento professionale degli operatori sanitari
- la ricerca come strumento di avanzamento delle conoscenze.

4. Analisi del contesto

L'analisi del contesto riconosce come obiettivo quello di descrivere lo scenario rispetto al quale l'AOUI deve definire le proprie strategie, determinato dai quadri normativi, dalle caratteristiche dei determinanti socio-economici del territorio e dal proprio assetto interno.

a) Contesto normativo: di seguito vengono riportati i principali riferimenti normativi entro i quali l'AOUI opera

➤ **Pianificazione Nazionale e Regionale:**

- 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
- 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"
- 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"
- DGRV n. 31401 del 14/12/2010 "Assegnazione obiettivi per gli anni 2011-2012 alle Aziende ULSS del Veneto"
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013;
- DGRV n. 3140 del 14/12/2010 "Assegnazione obiettivi per gli anni 2011-2012 alle Aziende ULSS del Veneto"
- DGRV n. 2369 del 29/12/2011 "Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto"
- DGRV n. 403 del 16/03/2012 "Disposizioni in materia di personale delle aziende ed enti del servizio sanitario 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"
- Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016"
- Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"
- DGRV n. 693 del 14/05/2013 "Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)"
- DGRV n. 1237 del 16/07/2013 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' – anno 2013"
- DGRV n. 2533 del 20/12/2013 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' – anno 2014"
- DGRV n. 2857 del 20/12/2013 "Disposizioni in materia di personale del SSR per l'anno 2014"
- DGRV n. 206 del 27/02/2014 "Determinazione dei limiti di costo per l'anno 2014 delle Aziende/Istituti in materia di spesa farmaceutica, Dispositivi Medici, assistenza integrativa e assistenza protesica, medicina convenzionata, assistenza ospedaliera ed ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati e residenzialità extraospedaliera"
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014

- DGRV n. 2525 del 23/12/2014 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2015"
- DGRV 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. 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: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei livelli di costo anno 2015"

➤ **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"
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 471 del 01/04/2008 "Dipartimenti di area tecnica e amministrativa";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 713 del 14/5/2008 "Dipartimenti Aziendali, area medica e sanitaria";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 365 del 2/7/2010 "Approvazione Atto Aziendale";
- 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 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";
- DGRV n. 2271 del 10/12/2013 "Nuove disposizioni in tema di 'Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del nuovo Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D. Lgs. 502/1992 e s.m. e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 386 del 23/06/2014 "Adozione Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona in attuazione della DGRV n. 2271 del 10/12/2013"
- 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 2122 del 19 novembre 2013. Art. 6, comma 3, della L.R. n. 56/1994 ed art. 39 della L.R. n. 55/1994";
- Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 634 del 17/10/2014 "Adozione definitiva dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona"

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

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- Legge Regione Veneto del 26/05/2011 n. 9 "Disposizioni in materia di aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale"
- Legge Regione Veneto del 11/11/2011 n. 22 "Modifica alla legge regionale 26 maggio 2011, n. 9 "Disposizioni in materia di aziende ed enti del servizio sanitario regionale".
- DGRV n. 2205 del 6/11/2012 "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicate delle disposizioni del d.lgs. n. 150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificate dalla L.R. 11 novembre 2011, n.22"
- 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"
- 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"
- Delibere CIVIT/ANAC

➤ **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'accredimento istituzionale delle strutture sanitarie"

➤ **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."

➤ **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"
- DGR n. 320 del 12/03/2013 "Il governo delle liste d'attesa nella Regione Veneto"

➤ **Volumi di attività e tetti di spesa:**

- DGRV n. 311 del 15/03/2011 "D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e L.R. 16.8.2002, 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 nel Veneto.
- DGRV n. 2038 del 8/10/2012 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'esercizio 2012 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza"
- DGRV n. 715 del 2/05/2012 "Servizio Sanitario Regionale Veneto – anno 2012. Individuazione dei limiti di costo in applicazione del 'Patto per la Salute' del 28 settembre 2006"
- Decreto Legge n. 95 del 6/07/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"
- Legge 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"
- DGRV n. 1670 del 7/08/2012 "Prime determinazioni in merito alle iniziative da porre in atto per l'anno 2012 in relazione all'entrata in vigore del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini' (c.d. spending review): Rideterminazione dei tetti di costo di cui alla DGR 715/2012.
- DGRV n. 2621 del 18/12/2012 "L. 7 agosto 2012, n. 135 'Conversione in legge, con modificazioni, 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 n. 2624 del 18/12/2012 "Rivisitazione dei limiti di costo individuati con DGR 715/2012, in applicazione del 'Patto per la Salute' del 28 settembre 2006"
- DGRV n. 2864 del 28/12/2012 "Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2013, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011 e proroga dei tempi previsti dall'art. 32 del medesimo D.Lgs."
- DGRV n. 1428 del 13/08/2013 "Presa d'atto dei bilanci preventivi economici annuali 2013 e della perdita d'esercizio programmata, come da prescrizione normativa (art. 32, comma 5, del D.Lgs. 118/2011), trasmessi dalle Aziende ULSS, dall'Azienda Ospedaliera di Padova, dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dall'Istituto Oncologico Veneto"
- 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: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei livelli di costo anno 2015"

➤ **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"

➤ **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
- Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro

b) Vincoli esterni che influenzano le scelte operative dell'AOUI

Nel raggiungimento degli obiettivi che l'AOUI si propone, risulta di rilevante importanza tenere in considerazione le caratteristiche del contesto socio-demografico ed epidemiologico all'interno del quale si opera⁸.

caratteristiche del contesto socio-demografico ed epidemiologico

- il progressivo invecchiamento della popolazione, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media: negli ultimi 15 anni il fenomeno ha determinato una struttura demografica regionale caratterizzata da una forte componente di anziani, con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni. L'indice di vecchiaia (calcolato come rapporto tra il numero degli anziani ultra 64enni ed il numero di minori di 15 anni) risulta pari al 139%, con una proporzione di sette anziani ogni 5 minori;
- la componente anziana, più spesso in condizione di fragilità e più esposta al rischio di patologie croniche e quindi costretta a ricorrere maggiormente ai servizi socio-sanitari si colloca nella fascia degli ultra 75enni, che rappresentano il 9,4% della popolazione residente;
- il costante aumento della co-morbilità negli anziani;
- la disomogeneità distributiva della popolazione anziana concentrata in determinate zone;
- la ripresa della natalità prevalentemente ascrivibile alla popolazione straniera e, in parte minore, all'aumento della fertilità nella popolazione autoctona;
- la crescita della popolazione immigrata e la sua diversa distribuzione (anche per paese di provenienza) nel territorio regionale con maggiori presenze nelle aree centrali più segnate dall'industrializzazione;
- le modifiche intervenute nelle strutture familiari, che presentano un minor numero di componenti, una significativa quota di nuclei formati da un solo componente anziano, ed una elevata percentuale di giovani tra i 18 e i 34 anni che vivono nell'abitazione dei genitori;
- l'aspettativa di un aumento di incidenza delle patologie oncologiche, determinato dal trend demografico (l'incidenza dei tumori aumenta progressivamente con l'età, per cui, se si tiene conto del progressivo invecchiamento della popolazione, il numero di nuovi casi è destinato a crescere); questo fenomeno, unitamente al miglioramento della sopravvivenza, comporta un maggior carico sui servizi sanitari, come l'incremento di prestazioni ambulatoriali per screening, l'approfondimento diagnostico e di follow-up, l'erogazione di terapie, lo sviluppo di forme di assistenza diversificate ai malati, l'implementazione delle cure palliative.

Tuttavia, si possono distinguere ulteriori tipologie di vincoli derivanti dalla profonda crisi che l'intero sistema del paese sta vivendo, come le rilevanti difficoltà economiche nel settore sanità. Inoltre, sul piano delle risorse umane vi sono sempre più limiti derivanti dalle leggi finanziarie nazionali e regionali legati al blocco del turn over del personale.

Tra i fattori generali esterni che possono influenzare il contesto operativo dell'Azienda vi sono ricomprese anche le disposizioni regionali riguardanti le modalità di tariffazione ed erogazione delle prestazioni, che possono modificare di molto i valori della produzione.

Sono gli stessi legislatori regionali a sottolineare come **"il livellamento dei criteri di finanziamento delle strutture sanitarie regionali ha pesantemente impoverito i bilanci e rallentato il rinnovamento dei nostri grandi ospedali a sede universitaria.**

Le Aziende Ospedaliere di Verona e Padova continuano a sopperire a questa necessità, in attesa del nuovo assetto del servizio sanitario veneto che, con il recupero della medicina del territorio e la creazione di una rete organica degli ospedali hub e spoke, deve delineare ruolo e funzioni dei grandi Ospedali sedi di Università.

La Regione dovrà definire lo strumento normativo che delinei il migliore assetto giuridico ed organizzativo in cui l'assistenza ospedaliera di qualità sia affiancata da servizi innovativi per la formazione, la didattica e l'attività di ricerca di base ed applicata" (Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, pag 77).

⁸ Fonte: Piano Socio Sanitario Regione Veneto 2012-2016

c) La Struttura Organizzativa dell'Azienda

Gli organi dell'AOUI sono il Direttore Generale, l'Organo di Indirizzo e il Collegio Sindacale.

Al Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Verona, sono riservati tutti i poteri di gestione, e la rappresentanza legale dell'AOUI di cui ha responsabilità della gestione complessiva. È Responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta Regionale, e della corretta ed economica gestione delle risorse messe a disposizione dell'AOUI. Al Direttore Generale competono le azioni di programmazione e controllo. Nell'esercizio delle sue funzioni il Direttore Generale è affiancato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

L'Organo di Indirizzo ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'AOUI con la programmazione didattica e scientifica della Scuola di Medicina e Chirurgia, di verificare la corretta attuazione della programmazione ed effettuare la periodica valutazione consuntiva. Dura in carica 4 anni ed è composto da 5 componenti, esterni all'AOUI, di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, di formazione e ricerca.

Il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità, riferisce alla Regione sui risultati di riscontro eseguiti. Dura in carica 3 anni ed è composto da 5 membri, uno designato dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministero della Salute, uno dal MIUR ed uno dall'Università degli Studi di Verona.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione⁹ per l'elaborazione del programma di attività dell'AOUI e per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Organismo in staff alla Direzione Generale è la Direzione Scientifica (D.Sci.), col compito di sviluppare e coordinare la ricerca; garantire la trasparenza della gestione dei fondi dedicati; realizzare partnership e diffondere a tutti i medici dell'AOUI le informazioni relative. Responsabile della D.Sci. è il Direttore Scientifico, nominato dal Direttore Generale d'intesa col Rettore, individuato tra esperti con qualificazione scientifica internazionale in campo biomedico, anche all'esterno dell'AOUI. Il suo mandato coincide con quello del Direttore Generale

d) Le risorse strumentali ed economiche

Infrastrutture:

L'Azienda si articola in due presidi ospedalieri, uno collocato nella zona nord di Verona, nel quartiere di Borgo Trento ed uno nella zona sud della città, nel quartiere di Borgo Roma; il primo organizzato a padiglioni e il secondo a monoblocco.

Risorse tecnologiche e biomediche – grandi attrezzature:

Vengono indicate in questa sezione le grandi attrezzature presenti in AOUI, precisando che per alcune di queste è in corso la procedura di acquisto.

Grandi attrezzature	2014	Note
Acceleratore lineare	4	Inclusa IORT; di cui uno in acquisto
Angiografo	7	
Diagnostiche radiologiche	16	
Gammacamera	3	
Ipertermia	2	
Litotritore	1	
Mammografo	5	
PACS	1	
RM	7	
Robot chirurgico	2	di cui uno al Practice
Sistema per radioterapia	1	
Laser a femtosecondi per oculistica	1	in acquisto
TAC	6	
TAC-PET	1	
Densitometri ossei	2	

fonte dati: Servizio Ingegneria Clinica

⁹ Il Collegio di Direzione è composto da: Direttore generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata, Direttori di Dipartimenti Assistenziali Strutturali, Direttore del Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Servizio per le Professioni Sanitarie, Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnici

Risorse Umane¹⁰

Sulla base di quanto previsto dalla delibera CiVIT n 112/2010, di seguito viene presentata un'analisi quali- quantitativa generale delle risorse umane, suddivisa in tre aspetti:

Analisi caratteri quali-quantitativi

Indicatori	Valore
Età media del personale (anni)	46,43
Età media dei dirigenti (anni)	49,33
Tasso crescita unità di personale negli anni 2010-2014	-2,06
% di dipendenti in possesso di laurea	33,66%
% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%
Ore di formazione (media per dipendente)	17,54
Turnover del personale	6,18%

Analisi Benessere Organizzativo

Indicatori	Valore
Tasso di dimissioni premature	51,55%
Tasso di infortuni	2,83%
Stipendio medio annuo lordo percepito dai dipendenti	35.700
% di personale assunto a tempo indeterminato	96,90%

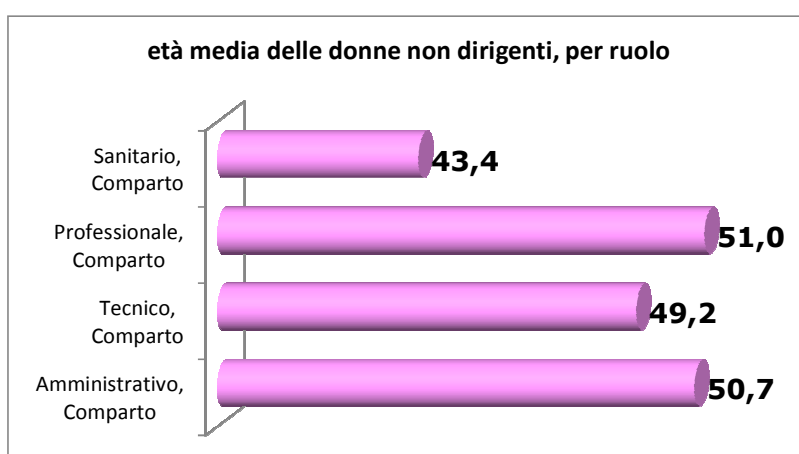
Analisi di genere

Indicatori	Valore
% di dirigenti donna	44,31%
% di donne rispetto al totale del personale	73,01%
Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non)	73.800 – 25.900
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	71,05%
Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	D 47,06 – non D 45,62
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	28,17%

La prevalenza di dipendenti di genere femminile è netta, la maggior parte delle quali assunte a tempo indeterminato. La rilevante quota di dirigenti donna è spiegabile con l'inquadramento del personale medico nella categoria dirigenziale, come previsto dai contratti vigenti.

Suscita invece preoccupazione il dato relativo all'età media delle dipendenti di livello non dirigenziale, che si assesta su un valore pari a 47 anni, e che accomuna l'AOUI alla maggior parte delle Pubbliche Amministrazioni, colpite dal fenomeno dell'invecchiamento dei propri dipendenti, anche a causa del basso tasso di crescita delle unità di personale, che nella nostra azienda registra un valore pari a -1,69 nel periodo 2009-2013. Se l'età media del personale, calcolata complessivamente, passa da 44,7 anni nel 2011 a 45,6 nel 2013 (var +2%), quella del personale femminile registra un incremento maggiore (var +7%), con un valore che sale dal 43,8 nel 2011 a 49,9 nel 2013.

Il grafico a lato illustra la distribuzione dell'età media del personale femminile, di area non dirigenziale, distinta per ruolo (amministrativo, tecnico, professionale e sanitario):

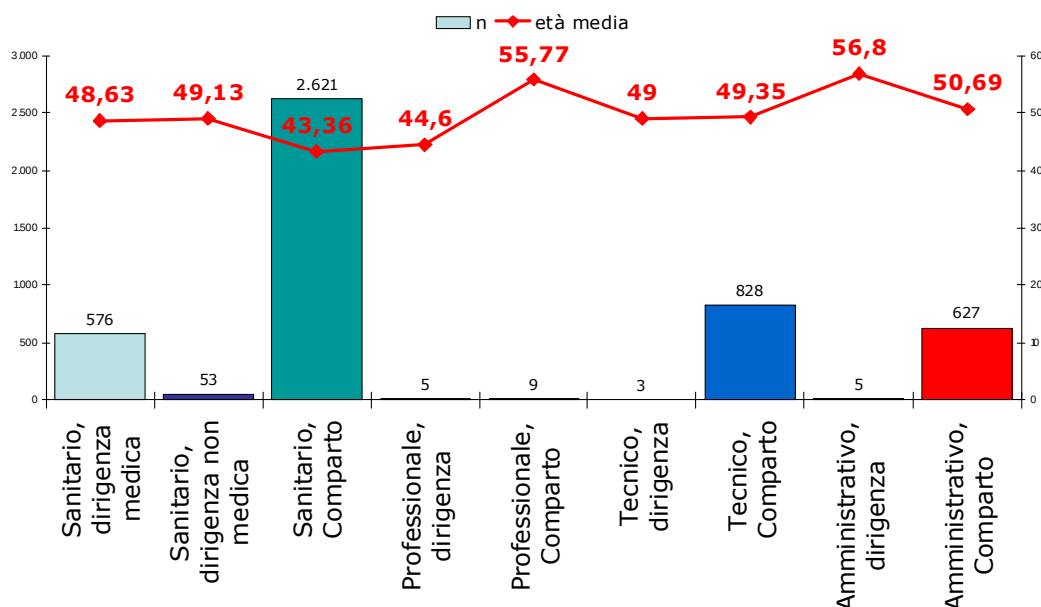


¹⁰ Fonte dati: Servizio Personale. Dai al 31.12.2014.

Note: Tasso di crescita: $((B-A)*100)/B$, dove B è il 31/12/2014 e A è il 31/12/2010. Tasso di turn over complessivo: $((n \text{ entrati nell'anno} + n \text{ usciti nell'anno}) / \text{organico medio annuo} * 100)$. Tasso di dimissioni premature: tasso di dimissioni premature (senza diritto a pensione) / totale dei dimessi. I dati relativi al titolo di studio sono quelli dichiarati al momento dell'assunzione, a meno che il dipendente non provveda a comunicare eventuali aggiornamenti.

Se si considera poi che una quota sempre crescente di dipendenti presenta prescrizioni/limitazioni all'attività lavorativa (ad esempio rispetto a movimentazione e carichi dei pazienti, a vincoli sull'effettuazione dei turni di servizio in fascia notturna, etc) o comunque condizioni di inidoneità all'espletamento di alcune mansioni, appare evidente come l'invecchiamento della popolazione lavorativa abbia conseguenze importanti in termini organizzativi e gestionali.

La figura a seguire descrive l'età media dei dipendenti dell'AOUI (al 31 dicembre 2013) in base al ruolo di appartenenza:



Appare evidente come il problema di conciliare da un lato il mantenimento della qualità dell'assistenza e la sicurezza della salute dei lavoratori, e dall'altro le politiche di efficienza e di risparmio con una popolazione lavorativa sempre più anziana rappresenterà, nel prossimo futuro, una sfida anche per l'AOUI

5. Sistema Qualità e Accreditamento

Nel dicembre 2002 l'AOUI ha conseguito la certificazione del proprio Sistema Qualità secondo la norma Iso 9001:2008. La certificazione attesta che l'Azienda sta applicando un modello di organizzazione del lavoro in grado di dare ai pazienti le maggiori garanzie in termini di efficacia e appropriatezza delle prestazioni ricevute e, in generale, di rispondere adeguatamente a tutte le loro esigenze.

Il percorso della qualità che l'Azienda ha iniziato con la certificazione si sviluppa quotidianamente nell'intento di migliorare continuamente il servizio offerto. Per realizzare questo obiettivo l'AOUI agisce in due direzioni:

1. chiede direttamente al paziente cosa pensa riguardo le prestazioni ricevute, tramite i questionari di soddisfazione e l'analisi dei reclami inoltrati;
2. si auto-controlla attraverso i seguenti sistemi:
 - misurazione dell'adeguatezza delle prestazioni offerte;
 - individuazione tempestiva di eventuali mancanze rispetto alle regole e agli impegni che devono essere rispettati;
 - identificazione delle cause e delle azioni necessarie per correggere in modo definitivo tutte le disfunzioni.

In funzione di questi elementi la Direzione Aziendale definisce periodicamente gli interventi migliorativi necessari per mantenere sempre elevata la soddisfazione dell'utente e la qualità del servizio offerto. Il sistema qualità viene periodicamente controllato dall'Ente di certificazione Bureau Veritas Italia.

Inoltre, come previsto dalla normativa regionale e nazionale in tema di autorizzazione e accreditamento istituzionale, per soddisfare i requisiti di qualità il sistema viene periodicamente verificato dalla Regione Veneto.

6. Il Sistema Aziendale per la gestione della sicurezza del paziente¹¹

In conformità a quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 l'AOU di Verona riconosce nel costante miglioramento e nella diffusione delle attività inerenti la gestione del rischio clinico e la promozione della sicurezza dei pazienti un elemento cardine del proprio sviluppo della qualità dell'assistenza.

In particolare tale ambito, inteso prioritariamente come minimizzazione dei rischi per i pazienti (*risk management*), rappresenta una delle quattro dimensioni fondamentali della *Clinical governance* aziendale, insieme allo sviluppo della competenza professionale, alla valutazione della qualità percepita dalle persone assistite e all'utilizzo razionale delle risorse.

Rappresenta quindi un obiettivo prioritario dell'AOU di proseguire nella promozione ed adozione degli strumenti per facilitare, da una parte, l'individuazione e la valutazione del rischio (*incident reporting*, analisi delle modalità di errore, analisi delle cause, sorveglianza ecc.) e, dall'altra, la sua gestione e prevenzione (valutazione ed adozione di buone pratiche clinico-assistenziali ed organizzative a partire dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute).

Emerge inoltre, in un contesto caratterizzato da una elevata complessità di sistema, la necessità di una progressiva integrazione su tali aspetti a partire dallo sviluppo di una logica di rete tra i diversi soggetti coinvolti. Tale approccio deve quindi prevedere una progressiva integrazione delle componenti gestionali (Direzione Medica Ospedaliera, Servizio Professioni Sanitarie, Medicina Legale, Servizio Legale, Servizio di Prevenzione e Protezione, Servizio Qualità e Accreditamento) e cliniche (Dipartimenti Assistenziali Integrati) direttamente coinvolte nell'ambito del rischio clinico in linea con gli indirizzi indicati dal Comitato esecutivo per la sicurezza del paziente e dal Collegio di Direzione, nell'ottica di promuovere e sviluppare un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori.

Per il triennio 2015-2018 l'AOU di Verona intende proseguire nello sviluppo di un sistema integrato di gestione della sicurezza del paziente e dell'operatore che preveda:

- il rispetto del flusso SIMES regionale (*incident reporting*, eventi sentinella, reclami rivolti agli Uffici Relazioni con il Pubblico, segnalazione sinistri)
- l'implementazione di programmi specifici sulla sicurezza del paziente su:
 - rischio in chirurgia
 - sicurezza integrata nell'uso dei farmaci
 - rischio infettivo
 - lesioni da decubito
 - cadute accidentali
- la promozione e realizzazione di programmi di formazione sulla sicurezza del paziente mediante Corsi di formazione frontale, sul campo e a distanza (FAD) e progetti di formazione mediante simulazione.

7. Organigramma e albero della performance

L'organigramma aziendale, riportato in allegato e consultabile sul sito istituzionale dell'AOU, definisce l'assetto organizzativo complessivo dell'AOU.

La performance è il contributo che un'azienda apporta, attraverso le proprie azioni, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che la stessa si è posta ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

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

¹¹ A cura del Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera

8. Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'AOU per il triennio 2015 -2017 si muovono lungo le direttrici delineate dal Piano Socio-Sanitario 2012-2016 della Regione Veneto, che prevede importanti interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale in rapporto ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta, promuovendo la corretta correlazione tra responsabilità risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa. Le strategie di fondo sono finalizzate a:

le strategie del
**Piano Socio-Sanitario Regionale
2012-2016**

- mantenere e garantire una uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- sviluppare la rete assistenziale territoriale;
- rideterminare le reti cliniche ospedaliere;
- potenziare iniziative di promozione della salute ed i piani di prevenzione;
- perseguire la massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
- individuare il fabbisogno strutturale e tecnologico della rete assistenziale;
- promuovere la formazione continua, la ricerca e l'innovazione;
- diffondere strumenti di *clinical governance*, mirati alla qualità dell'assistenza ed alla sicurezza dei pazienti;
- definire l'attività informativa regionale, funzionale all'azione di governo;
- sviluppare il sistema informativo regionale con le ULSS e le Aziende Ospedaliere, al fine di assicurare la continuità e la sicurezza dell'assistenza;
- attuare metodologie avanzate per la verifica ed il controllo di qualità della gestione economico-finanziaria delle aziende sanitarie

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera¹², il modello di rete identificato dal PSSR è quello denominato *hub and spoke*, che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (definiti *hub*) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili.

L'attività di tali centri deve essere fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (*spoke*) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

Le Aziende Ospedaliere di Verona e Padova, oltre ad essere *hub* per le rispettive provincie, costituiscono centri di riferimento regionale per alcune funzioni, all'interno del sistema delle *reti cliniche*: proprio la necessità di perseguire la massima efficacia ed efficienza ha impresso una forte accelerazione al processo di accentramento delle attività assistenziali di alta complessità, anche favorendo la creazione di reti cliniche interspedaliere quali:

- la rete per la gestione delle sindromi coronariche acute;
- la rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta;
- la rete per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica;

¹² DGRV n. 2122 del 19.11.2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie"

- la Rete Oncologica Veneta;
- la rete per le donazioni e i trapianti di organi e tessuti;
- le reti di patologia, costituite ad esempio dalle Unità Operative di chirurgia specialistica presenti negli ospedali hub e le Unità Operative di Malattie Infettive, che devono assicurare una disponibilità costante di posti letto per accettare pazienti provenienti da qualsiasi struttura.

L'AOU, nel rispetto delle indicazioni, si impegna quindi a perseguire i seguenti macro-obiettivi per il triennio 2015-2017:

AOU Verona:
obiettivi strategici
2015 - 2017

- garantire i livelli di **eccellenza clinica**
- consolidare il proprio **ruolo di centro hub** sia nel contesto provinciale sia in quello regionale e nazionale
- ridefinire il **profilo degli ospedali** riorganizzando le attività erogate nelle due sedi, anche alla luce del nuovo Piano Attuativo approvato dalla Regione Veneto
- consolidare l'organizzazione per **intensità di cura**
- aumentare **efficacia ed efficienza del proprio sistema** attraverso:
 - o il miglioramento delle performance chirurgiche
 - o la riduzione della degenza media dei ricoveri
 - o il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in campo diagnostico e terapeutico
 - o il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per i pazienti con le principali patologie cronico-degenerative (pazienti oncologici, pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus)
 - o lo sviluppo di attività assistenziali alternative al ricovero
 - o la revisione dei protocolli di accesso e trasferimento dei pazienti che ricorrono al Pronto Soccorso, ed incremento della funzione di filtro
 - o il miglioramento delle performance registrate sul panel di indicatori del Piano Nazionale Esiti (Agenas) e S. Anna
 - o il contenimento dei tempi di attesa, in coerenza con il bisogno di accesso alle principali prestazioni LEA, sia chirurgiche che ambulatoriali
 - o il completamento dell'informatizzazione della cartella clinica (prescrizione/somministrazione farmaci e utilizzo della grafica integrata informatizzata)
- mantenere un elevato livello di attenzione nell'area del **rischio clinico** nei seguenti ambiti:
 - o rischio chirurgico
 - o sicurezza integrata nell'uso dei farmaci
 - o rischio infettivo
 - o lesioni da decubito e cadute accidentali
 - o formazione del personale
 - o rispetto del flusso SIMES regionale (*incident reporting*, eventi sentinella, reclami rivolti agli Uffici Relazioni con il Pubblico, segnalazione sinistri)
- garantire **azioni di contrasto al dolore** nei pazienti ricoverati, attraverso:
 - o l'aggiornamento dei protocolli e delle linee-guida di trattamento del dolore post-operatorio
 - o il monitoraggio dei consumi di farmaci antidolorifici
 - o la valutazione del dolore
 - o la formazione del personale
- completare i **progetti edilizi** avviati :
 - o a Borgo Trento: Ospedale Donna e Bambino
 - o a Borgo Roma: costruzione del Blocco Nord e ristrutturazione del Monoblocco

I macro-obiettivi individuati rispondono sia ai contenuti delle indicazioni regionali sia all'analisi di contesto effettuata, che ha evidenziato importanti nodi critici che devono essere superati.

Il contesto esterno appare caratterizzato dalla necessità di ribadire il ruolo hub dell'AOUI nel complesso sistema di inter-relazioni con le altre aziende sanitarie della provincia veronese. Il preoccupante trend di alcuni fenomeni allarmanti registrati in AOUI negli ultimi anni, come l'elevata percentuale di casi urgenti o le difficoltà legate alle dimissioni di molte tipologie di pazienti, impongono la necessità di porre rinnovata attenzione alla revisione dei protocolli relativi alla gestione della rete dell'urgenza ed all'individuazione di strutture per post-acuti in ambito territoriale.

In questo senso, i processi di integrazione e collegamento tra ospedale per acuti e territorio devono essere migliorati, realizzando appieno quegli ambiti di integrazione verticale ed orizzontale¹³ auspicati nel Piano Socio-Sanitario Regionale al fine di garantire una corretta presa in carico del paziente.

Il governo dei flussi in ingresso e in uscita rappresenta inoltre un ulteriore punto cardine per salvaguardare il ruolo di ospedale di alta complessità ed assicurare l'espletamento delle funzioni che la Regione 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 anche dalla mancata realizzazione di strutture alternative sul territorio e dalle aree di persistente ambiguità in relazione al ruolo svolto dall'ospedalità privata accreditata presente nell'area veronese.

9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le direttrici delineate dal Piano Socio-Sanitario Regionale vengono dettagliate all'interno degli obiettivi annuali definiti in ambito di programmazione socio-sanitaria regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari, ed utilizzati anche per determinare, in via preventiva, i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali.

Con DGRV n. 2525 del 23/12/2014 la Regione ha individuato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie del Veneto per l'anno 2015, declinandoli in sei direttrici fondamentali. Ogni direttrice è suddivisa in vari obiettivi e conseguenti indicatori di performance. Gli obiettivi sono inseriti in una griglia di pesature, che ricalcano le priorità definite a livello regionale:

Le linee programmatiche regionali per il 2015 riguardano:

- l'osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici (6 punti);
- la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate (3 punti);
- gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi (26 punti);
- l'equilibrio economico (30 punti);
- le liste d'attesa (8 punti);
- e il rispetto dei contenuti delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (7 punti).

Balza subito all'occhio come la pesatura maggiore sia stata assegnata agli obiettivi legati al governo dei costi e al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, che però devono andare di pari passo con il funzionamento dei servizi in maniera da garantire i livelli essenziali di assistenza.

¹³ Il PSSR definisce **integrazione verticale** quella all'interno degli ambiti: rete di emergenza/urgenza, erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche e l'efficiente organizzazione del back transport (rientro nella struttura di riferimento). L'**integrazione orizzontale** riguarda invece l'integrazione coi livelli di assistenza territoriale ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali.

Per monitorare l'appropriatezza delle cure ospedaliere, l'attività in Pronto Soccorso e l'attività chirurgica, la Regione ha inserito alcuni indicatori derivanti dal Percorso di Monitoraggio degli Indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria coordinato dal Laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa (a onor del vero in misura inferiore rispetto all'anno precedente).

Per tenere sotto controllo i costi, la Regione ha determinato, con una DGRV di poco successiva (n. 2718 del 29/12/2014), i limiti di costo nell'ambito del personale, dell'Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e in Distribuzione Diretta, dei Dispositivi Medici e dei Dispositivi Medici Diagnostici in vitro (tutti i riferimenti sono all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona). I valori sono stati calcolati tenendo conto del trend dei consumi generali e per categoria terapeutica, dei costi per dimesso pesato rilevati nelle singole strutture, successivamente standardizzati per cluster di strutture omogenee per case-mix.

Attraverso il **Documento di Direttive** (in corso di redazione), che rappresenta lo strumento di raccordo tra gli strumenti di programmazione pluriennale ed il sistema di budget, gli obiettivi e le procedure per la loro negoziazione e definizione verranno successivamente declinati a tutte le Unità Operative aziendali.

10. La relazione degli obiettivi (Relazione sulla Performance)

Entro il 30 giugno di ogni anno il Direttore Generale adotta la relazione degli obiettivi, che dà evidenza a consuntivo, previa verifica delle risultanze prodotte dall'OIV, dei risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi assegnati ed alle risorse impiegate, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati.

11. Il ciclo di gestione della valutazione dei risultati e le azioni di miglioramento

Come previsto dall'art.4, comma 2 del decreto legislativo n. 150/2009 e dalla DGR n. 2205/2012, il ciclo di gestione della performance si articola nelle fasi del processo di budget:

- a. definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi e degli indicatori: il Servizio Controllo di Gestione predispone le schede di budget contenenti gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto, unitamente a quelli strategici individuati dalla Direzione Aziendale. Le schede vengono illustrate al Collegio di Direzione, ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Unità Operativa ed ai Caposala durante incontri di negoziazione, che hanno come fine la condivisione delle azioni da intraprendere e l'eventuale accoglimento di proposte migliorative;
- b. collegamento tra obiettivi ed allocazione delle risorse: La Regione Veneto fornisce le direttive al fine di orientare le aziende del Servizio Sanitario Regionale nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale; tutte le Unità aziendali sono chiamate a tendere ad una costosità in linea con i costi standard stabiliti dalle direttive regionali;
- c. monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazioni di eventuali interventi correttivi: il Servizio Controllo di Gestione predispone, e mette a disposizione della Direzione strategica e degli altri attori del processo di budget la reportistica finalizzata al monitoraggio, con cadenza trimestrale. Di norma verso la fine dell'anno il monitoraggio dei consumi viene effettuato mensilmente. Inoltre il Servizio Farmacia provvede a 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. Nel caso di eventi non prevedibili che possono rendere difficile se non impossibile la realizzazione di uno o più obiettivi di budget, si procede alla revisione del budget, ri-adegando 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 Servizio Controllo di Gestione e resi disponibili all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- d. misurazione e valutazione annuale dei risultati: il sistema è rivolto a tutto il personale dipendente dell'AOU; la misurazione e la valutazione riguarda sia la performance individuale che quella organizzativa, che include tutti gli ambiti di misurazione dell'apporto reso all'azienda complessivamente intesa. La valutazione della performance organizzativa viene condotta dal Servizio Controllo di Gestione, dal Direttore Sanitario (per i DAI e per i Servizi in Staff afferenti alla Direzione Sanitaria) e dal Direttore Amministrativo (per i DAT e per i Servizi in Staff afferenti alla Direzione Amministrativa). Il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati è valutato in

rapporto alle regole ed ai criteri delineati nel “Manuale dei criteri di valutazione” e condivisi con l’Organismo Indipendente di Valutazione. Il processo prevede che le Unità Operative possano chiedere una revisione della valutazione: in questo caso le motivazioni presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore vengono accuratamente analizzate dalla Direzione Aziendale prima di pervenire alla valutazione definitiva.

- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con la normativa vigente.
- f. rendicontazione dei risultati alle parti interessate: la relazione annuale, descritta nel paragrafo 10, viene pubblicata sul sito aziendale.

Le fasi ed i tempi del processo di budget e del ciclo di gestione della performance sono illustrati in allegato.

12. Il sistema premiante e la valutazione del personale¹⁴

Verranno ora illustrati i criteri per la valutazione individuale del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, sulla base dei risultati della performance organizzativa, definita attraverso il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi previsti nel Piano della performance, nonché con riferimento alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali ed organizzativi attuati da ciascun dipendente, anche in adempimento agli obblighi che derivano in capo al lavoratore dalla legge, dalla contrattazione collettiva e dal contratto individuale, dai codici di comportamento e, ove previsto, dal codice etico.

L'attuale sistema di misurazione e valutazione dei risultati individuali non si prefigge lo scopo di definire un giudizio, ma si ispira ai principi di crescita delle competenze personali, di miglioramento della qualità dei servizi resi, di impegno partecipato del valutato, di apertura al confronto ed al contraddittorio, di diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che effettua la valutazione, di trasparenza dell'azione amministrativa, dei criteri e dei risultati.

Con riferimento alla fase di valutazione della performance individuale, che interessa l'intera platea del personale dipendente dell'Azienda, occorre chiarire fin d'ora che il raggiungimento degli obiettivi di budget costituisce, per ogni singola Unità Operativa, il requisito per accedere alla retribuzione di risultato.

Un parziale raggiungimento degli obiettivi, non giustificabile da fattori contingenti ed imprevedibili intervenuti, comporterà 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 ed il recupero dell'eventuale quota corrisposta per stato di avanzamento.

All'interno del sistema, la funzione di misurazione e valutazione delle performance 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 (Coordinatori, Responsabile del Servizio per le Professioni Sanitarie, Dirigenti responsabili di Unità Operative, Servizio o Ufficio).

Attualmente la performance individuale viene misurata annualmente, utilizzando apposite schede di valutazione cartacee in applicazione dei vigenti C.C.N.L. e delle intese tra Amministrazione e OO.SS. riferite alle tre aree contrattuali (Dirigenza Medica – Dirigenza Sanitaria, Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa e Comparto).

Dirigenza Medica

Per quanto riguarda la Dirigenza Medica esiste una differenziazione in base al tipo di incarico rivestito:

- Direttori di Struttura Complessa: la valutazione viene effettuata a cura della Direzione Aziendale, con il supporto del Servizio Controllo di Gestione, sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati all'Unità Operativa nell'anno di riferimento ed alle risultanze della valutazione individuale effettuata dal Direttore Sanitario;
- altri Dirigenti Medici (con incarico diverso dalla Direzione di struttura complessa): la valutazione viene compiuta a cura dei rispettivi Direttori di Unità Operativa di afferenza, attraverso la scheda di valutazione individuale.

Tale scheda consta di diversi parametri, una parte dei quali riferiti alla retribuzione annuale di risultato e una parte relativi alla valutazione con riferimento all'incarico attribuito.

¹⁴ A cura del Servizio Personale

Gli items riferiti alla retribuzione di risultato per i Direttori di Struttura Complessa sono:

1. Promuove e fa rispettare le linee guida e i protocolli operativi;
2. Sensibilità economica: capacità di considerare in modo adeguato le implicazioni economiche del proprio lavoro;
3. Capacità di condividere gli obiettivi di Unità Operativa Complessa.

Gli items per l'altro personale Dirigente Medico:

1. Rispetto direttive emanate dal Responsabile dell'Unità Operativa Complessa;
2. Rispetto linee guida e protocolli operativi;
3. Partecipazione e collaborazione (collaborazione interna e livello di partecipazione multi-professionale nell'organizzazione dell'Unità Operativa di appartenenza e capacità di perseguire gli obiettivi comuni in collaborazione con gli altri dirigenti).

I punteggi dei singoli item della scheda, possono assumere i seguenti valori: 1-4-8-9-10.

Il metodo di calcolo per l'assegnazione della retribuzione individuale di risultato, si basa sulla somma dei punteggi attribuiti ai primi 3 items della scheda. In concreto, si tratta di aggregare i punteggi per range:

- da 3 a 9 spetterà lo 0% della retribuzione di risultato teorica massima spettante;
- da 10 a 14 il 30%;
- da 15 a 20 il 60%;
- da 20 a 24 il 80% e
- da 25 a 30 il 100%.

Il risultato così conseguito viene infine moltiplicato per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riferiti all'Unità Operativa di appartenenza, così come certificato dal Servizio Controllo di Gestione (performance organizzativa), e parametrato ai giorni di presenza.

La scheda così compilata costituirà, con riferimento all'anno precedente, la valutazione ai fini dell'assegnazione della retribuzione di risultato e, al termine dell'incarico conferito, sarà utilizzata dal Collegio Tecnico per la valutazione relativa all'attività professionale ed ai risultati raggiunti, al fine della conferma o revoca dell'incarico. Servirà altresì per la verifica riconducibile all'applicazione di eventuali ulteriori istituti contrattuali.

Tali schede di valutazione, a garanzia del diritto alla trasparenza ed alla partecipazione del valutato, sono redatte tenendo conto anche di un'autovalutazione effettuata dal singolo Direttore/Dirigente.

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

Dirigenza SPTA

La valutazione individuale dei Dirigenti di area Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa viene effettuata a cura dei rispettivi Direttori sulla base dei seguenti parametri:

Area 1	GESTIONE TEMPO-LAVORO
1.1	Responsabilità e tempo-lavoro: la valutazione è riferita alla capacità dimostrata di gestire il proprio tempo-lavoro, facendo fronte con flessibilità alle esigenze del servizio e temperando i diversi impegni connessi alla funzione espletata.
Area 2	RAPPORTI CON COLLABORATORI
2.1	Livello di motivazione: capacità di motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima favorevole alla produttività, mediante la gestione degli istituti previsti dal contratto di lavoro.
2.2	Rispetto delle regole: capacità di agire in modo appropriato, rispettando e facendo rispettare le regole ed i vincoli dell'organizzazione.
Area 3	PROMOZIONE E CONTROLLO
3.1	Attività di controllo: individua la capacità di assolvere i compiti inerenti ad attività di controllo, con particolare attenzione agli aspetti propri del controllo di gestione.
3.2	Promozione e iniziativa: individua la capacità di promuovere iniziative volte al miglioramento dei servizi.
Area 4	PROFESSIONALITA'
4.1	Apporto personale: individua l'insieme di conoscenze tecnico-specialistiche, le esperienze e la competenza professionale nel proprio ruolo acquisite anche a seguito di partecipazione a corsi di aggiornamento, di qualificazione e professionali.
4.2	Impegno orario: individua la capacità di perseguire gli obiettivi anche mediante l'impegno orario personale aggiuntivo.
4.3	Interfunzionalità: individua la capacità di contribuire all'integrazione fra le diverse aree e/o strutture.

Il punteggio viene attribuito con le seguenti modalità per ciascun parametro:

A = 1 punto, B = 2 punti, C = 3 punti, D = 4 punti.

La somma dei punteggi conseguiti per ognuno degli 8 item, determina un coefficiente :

- da 27 a 32 punti totali = coefficiente 1,3 (ottimo)
- da 21 a 26 punti totali = coefficiente 1,1 (buono)
- da 14 a 20 punti totali = coefficiente 1 (normale)
- da 8 a 13 punti totali = coefficiente 0 (carente).

Il coefficiente così determinato viene moltiplicato per il valore teorico massimo della retribuzione di risultato e parametrato ai giorni di presenza e all'eventuale part-time ed infine moltiplicato per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riferiti all'Unità Operativa di appartenenza, così come certificato dal Servizio Controllo di Gestione (performance organizzativa).

Personale del Comparto

Come previsto dagli accordi di contrattazione decentrata per il personale del comparto, i parametri che vengono valorizzati sono:

1. Grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'equipe;
2. Relazione con utenti - colleghi - superiori;
3. Integrazione nel gruppo/equipe;
4. Coinvolgimento nei cambiamenti organizzativi;
5. Iniziativa personale e proposta di soluzioni innovative/migliorative;
6. Orientamento al risultato e al miglioramento continuo;
7. Capacità organizzativa (Cat. D – Ds);
8. Capacità gestionale (Cat. D – Ds).

Per ogni item è prevista una valorizzazione che va da 1 a 5. La somma dei singoli punteggi conseguiti per ogni item determina il "coefficiente" da moltiplicare per la quota massima di produttività attribuibile come dal seguente schema:

Per le categorie: A – B – Bs e C	Giudizio complessivo				
	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Punteggio complessivo	da 6 a 8	da 9 a 15	da 16 a 21	da 22 a 26	da 27 a 30
Quota percentuale parametrica	0	0,10	0,50	0,80	1,00

Per le categorie: D e Ds	Giudizio complessivo				
	Insufficiente	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Punteggio complessivo	da 8 a 11	da 12 a 19	da 20 a 28	da 29 a 35	da 36 a 40
Quota percentuale parametrica	0	0,10	0,50	0,80	1,00

Tale risultato viene poi parametrato ai giorni di presenza e all'eventuale part-time.

In ultima istanza, l'Organismo Indipendente di Valutazione, con cadenza periodica, verifica e si esprime sull'intero sistema di misurazione e valutazione del personale, misura e valuta i risultati conseguiti, e monitora il raggiungimento degli obiettivi partecipando così alla fase conclusiva del ciclo della performance.

Per il 2015 è prevista una revisione ed un aggiornamento dell'intero sistema di valutazione che favorirà l'informatizzazione e l'efficienza del sistema di valutazione stesso, consentendo maggior celerità nella gestione/compilazione/archiviazione del dato ed una definizione più chiara del ruolo di valutatore.

13. L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è individuato dall'art. 7 del D.Lgs n. 150/2009 quale soggetto preposto a sovrintendere e monitorare, garantendo la correttezza dell'intero processo, il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati. In attuazione della normativa nazionale e delle linee-guida emanate dalla Giunta Regionale del Veneto con DGR n. 2205 del 06.11.2012, l'AOU ha approvato, con Delibera del Direttore Generale n. 159 del 08.03.2013, il Regolamento per la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento del proprio OIV. In sintesi, tale atto prevede:

- che l'OIV sia costituito in forma collegiale da tre componenti esterni all'AOUI Verona, al fine di garantirne la necessaria pluralità delle competenze professionali e l'indipendenza. La nomina è effettuata dal Direttore Generale, previo espletamento di procedura selettiva pubblica, tra i candidati che rispondano a specifici requisiti professionali nei campi del management sanitario e/o della valutazione dei risultati e/o della valutazione del personale delle PA e delle organizzazioni dei servizi sanitari; il Direttore Generale designa anche il presidente dell'OIV; il mandato è triennale, rinnovabile una sola volta;
- che l'OIV, oltre a monitorare l'intero ciclo della performance, e a garantire la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, validi la relazione sulla performance, garantisca l'assolvimento degli obblighi aziendali in materia di trasparenza, verifichi i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'OIV misura e valuta con cadenza annuale i risultati di ciascun Dipartimento ed Unità Operativa, oltre a misurare e valutare i risultati gestionali dei dirigenti apicali/responsabili e successivamente, sulla base delle proposte formulate da questi ultimi, il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi affidati a tutti gli altri dipendenti operanti nelle singole Unità Operative. La corresponsione dell'incentivazione di produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla valutazione positiva dei dipendenti effettuata dall'OIV in merito al conseguimento dei risultati, anche per stati di avanzamento, in rapporto agli obiettivi assegnati.

Nell'esercizio delle proprie attività l'OIV si avvale del supporto operativo della struttura tecnica permanente, individuata nel Servizio Controllo di Gestione, che opera in stretta collaborazione col Servizio Personale. I risultati dell'attività dell'OIV sono riferiti periodicamente alla Direzione dell'AOUI.

14. Trasparenza, integrità e anticorruzione

Per l'avvio del ciclo della performance precedente si è reso necessario sottolineare l'integrazione del ciclo della performance con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione dell'anticorruzione.

Il collegamento tra i quattro strumenti costituisce una garanzia per permettere alle pubbliche amministrazioni di operare in maniera eticamente corretta, per perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando il rapporto con i cittadini. Così operando sarà possibile una valutazione della performance migliore; la corruzione infatti trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, nella scarsa diffusione delle informazioni, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci e nell'eccesso di norme ed oneri burocratici.

Nella Delibera CiVIT 6/2013 sono riportati due interventi che, attuati, costituiscono una responsabilità oggetto di valutazione organizzativa ed individuale. Questi rendono possibile l'integrazione tra performance, trasparenza e anticorruzione:

- le misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità devono diventare veri e propri obiettivi da inserire nel Piano della Performance. Tali obiettivi sono raggruppati in tre ambiti:
 1. il processo di attuazione del Programma triennale può essere misurato da indicatori che rilevano la presenza dei presupposti organizzativi per l'attuazione e il monitoraggio dello stesso;
 2. la pubblicazione dei dati è il risultato dell'attuazione del Programma;
 3. le iniziative in tema di integrità sono rappresentate da indicatori relativi, ad esempio, alla pubblicazione di codici etici e alla individuazione delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- gli standard di qualità devono essere parte integrante del Piano della Performance, evidenziando la coerenza con gli obiettivi, indicatori e target e gli specifici obiettivi sullo stato di attuazione della mappatura dei servizi, sulla loro associazione a standard di qualità, sulla pubblicazione degli standard e delle carte di servizi.

Il Piano della Performance deve essere quindi integrato in riferimento alle nuove disposizioni dettate dall'A.N.A.C. che riconfermano quanto espresso nella delibera 6/2013.

In tal senso, in considerazione della necessità di assicurare un sistema di progressivo allineamento tra i vari documenti di programmazione, è necessario costruire un processo di complessiva programmazione che tenga conto delle esigenze di raccordo tra il Piano della Performance e i documenti adottati:

- Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno
- Piano triennale della prevenzione della corruzione, aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno
- Codice di comportamento.

Tale raccordo richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli. Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e, quindi, garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, il Piano della performance contiene il tema della trasparenza e dell'anticorruzione quale macro obiettivo trasversale e permanente.

15. Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) è stato istituito in AOUI con deliberazione n. 210 del 23 marzo 2011, in ossequio all'art. 21 della L. n. 183 del 4.11.2010 ("Collegato lavoro") e con deliberazione n. 498 del 22.07.2011 ne è stato approvato il regolamento di funzionamento.

Il Comitato Unico di Garanzia ha sostituito i preesistenti: Comitato per le pari opportunità e i due Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, ai quali è subentrato come organismo unico, nel quale sono unificati gli obiettivi e le funzioni dei precedenti Comitati, operando in un'ottica di continuità con le iniziative e le progettualità delineate e poste in essere dai Comitati preesistenti.

È un organismo paritetico, costituito da un numero pari di componenti di nomina sindacale e di componenti di nomina aziendale, in cui sono rappresentate tutte le professionalità dell'Azienda: mediche, sanitarie, professionali, tecniche ed amministrative, delle tre aree contrattuali della Dirigenza Medica, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, e del Comparto; i componenti rimangono in carica quattro anni e comunque fino al rinnovo del Comitato, e possono essere rinnovati una volta sola.

Il Comitato Unico di Garanzia, nell'ottica del suo ruolo di promozione di una cultura delle pari opportunità, opera in stretto raccordo con il vertice amministrativo dell'Azienda.

Nell'ambito del ruolo propositivo svolto dal Comitato, con l'intento di contribuire alla promozione del benessere lavorativo ed alla conciliazione tra impegni lavorativi e personali, vengono promossi e realizzati annualmente centri ricreativi estivi rivolti ai figli dei dipendenti, per offrire un sostegno ai genitori nella gestione dei figli durante il periodo di chiusura delle scuole; e sono stati avviati i progetti, risultati vincitori del bando di finanziamento della Regione Veneto per le aziende "*family friendly*", relativi alla attuazione del telelavoro a domicilio per le lavoratrici nel periodo post partum, e del servizio salva tempo di disbrigo pratiche e commissioni, a favore dei dipendenti dell'Azienda, attualmente nella fase della procedura per l'assegnazione della gestione del servizio.

E' stato inoltre adottato dalla Direzione Aziendale il Codice di Condotta per la tutela della libertà e della dignità della persona, elaborato dai tre Comitati preesistenti in un'ottica di collaborazione e sinergia; il Codice di Condotta rappresenta un significativo segnale di attenzione verso una cultura del rispetto della dignità dei lavoratori e delle lavoratrici, volto ad offrire uno strumento adeguato a prevenire e contrastare l'insorgere di comportamenti quali discriminazioni, molestie, mobbing, con l'intento di contribuire a ridurre cause che possano favorire il verificarsi di conflitti e disagi psicologici e lavorativi.

La figura centrale per la concreta applicazione del Codice di Condotta è rappresentata dalla Consigliera di fiducia, incarico assegnato dall'Azienda a novembre 2012, a seguito d'apposita procedura concorsuale avviata, istruita e gestita dal Comitato Unico di Garanzia.

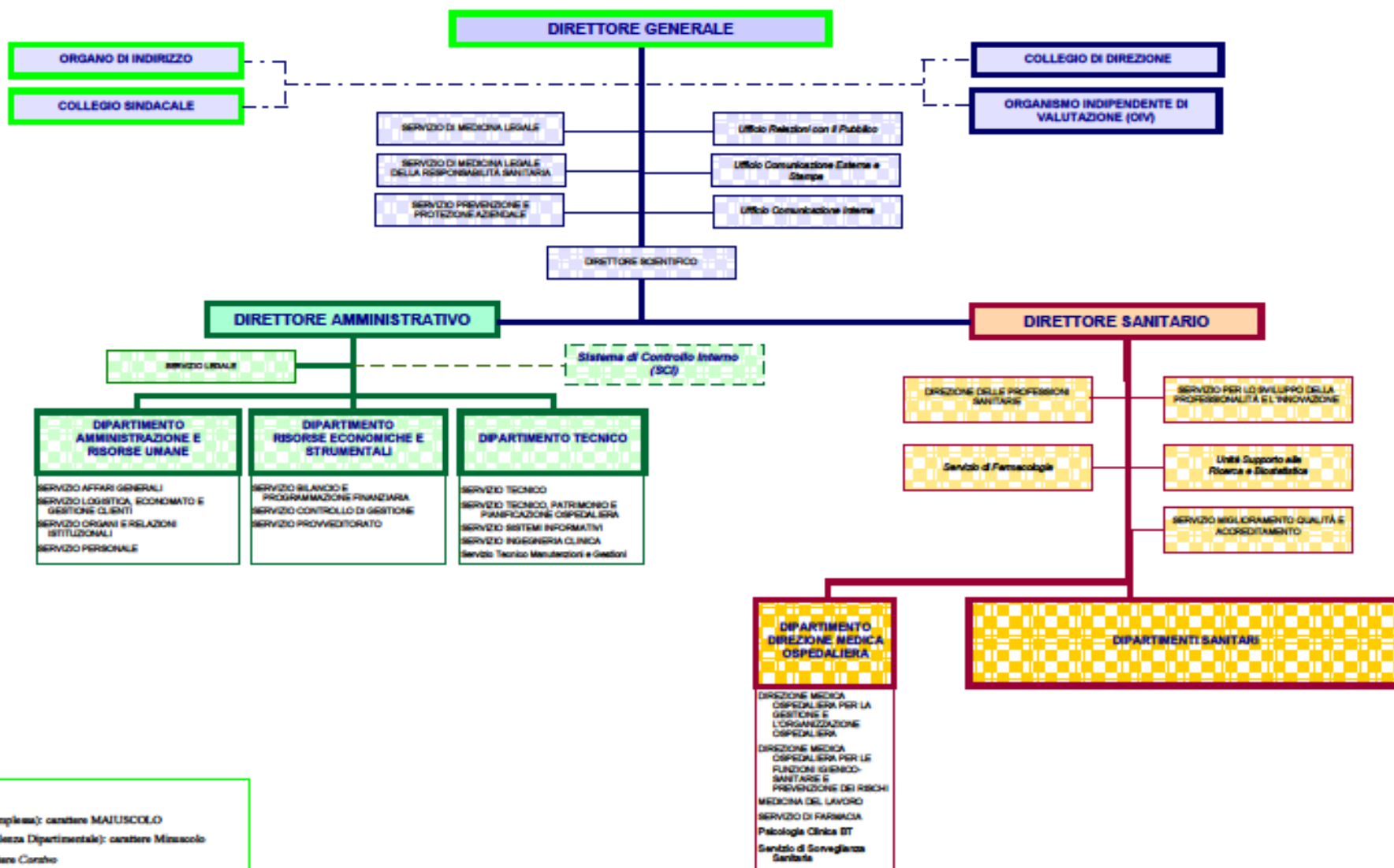
E' presente sulla Intranet aziendale una sezione dedicata al Comitato, contenente le principali informazioni sulla composizione, le funzioni, le iniziative promosse, nonché sul ruolo e l'attività della Consigliera di fiducia.

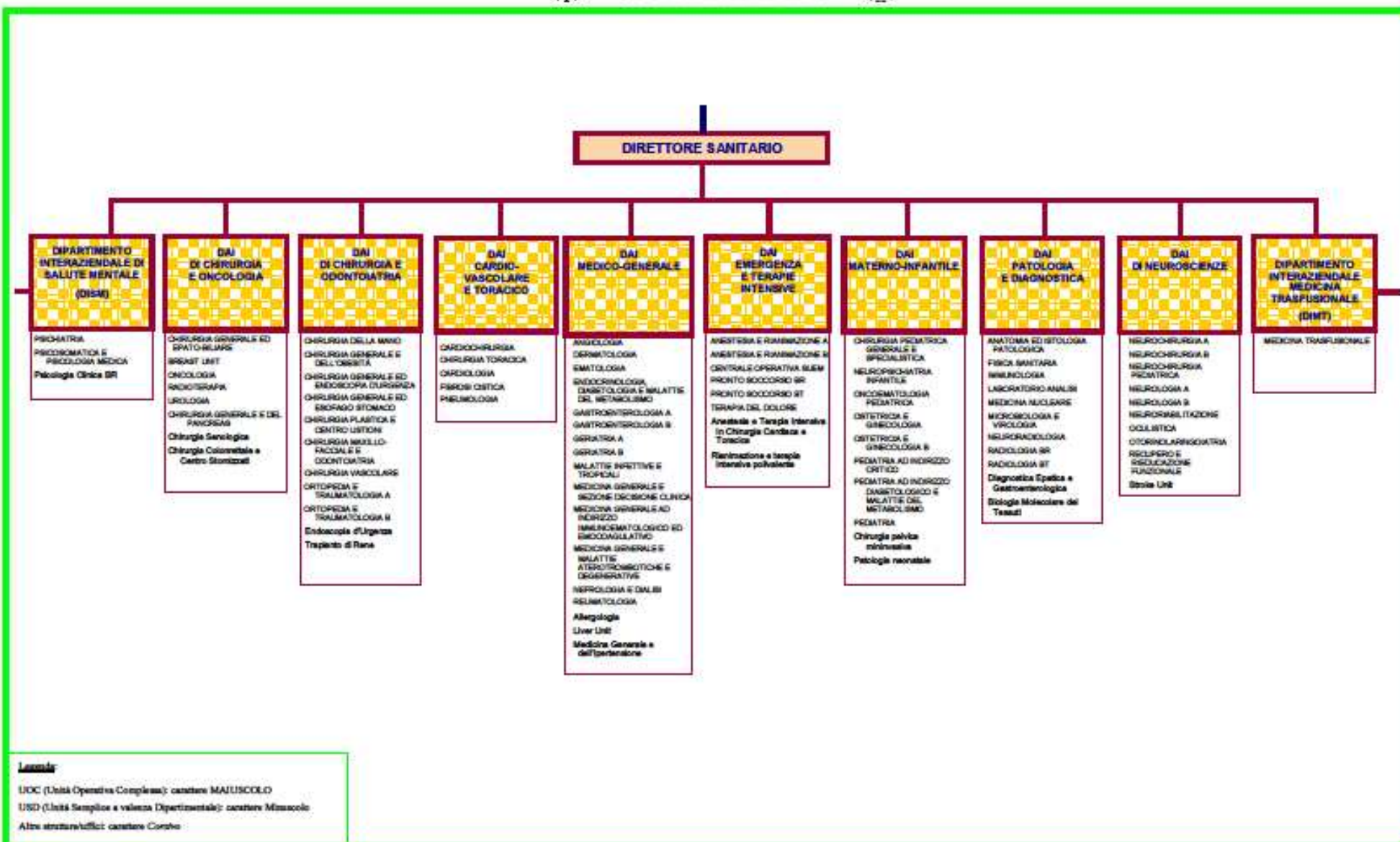
16. Allegati

- Organigramma
- Albero della Performance
- Il ciclo di gestione della performance: le fasi del processo
- Obiettivi regionali anno 2015 (sintesi DGR n. 2525/2014)



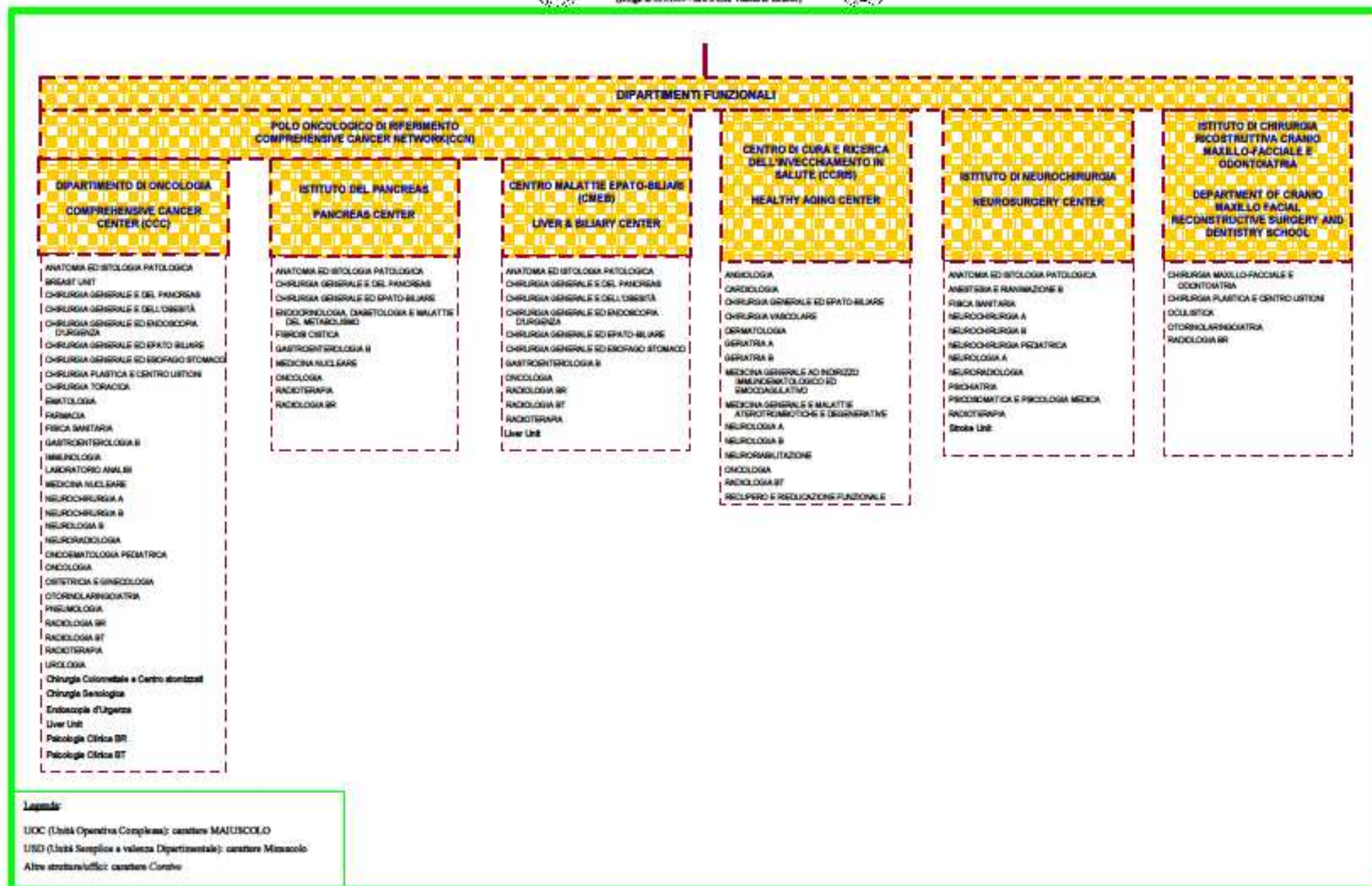
Organigramma



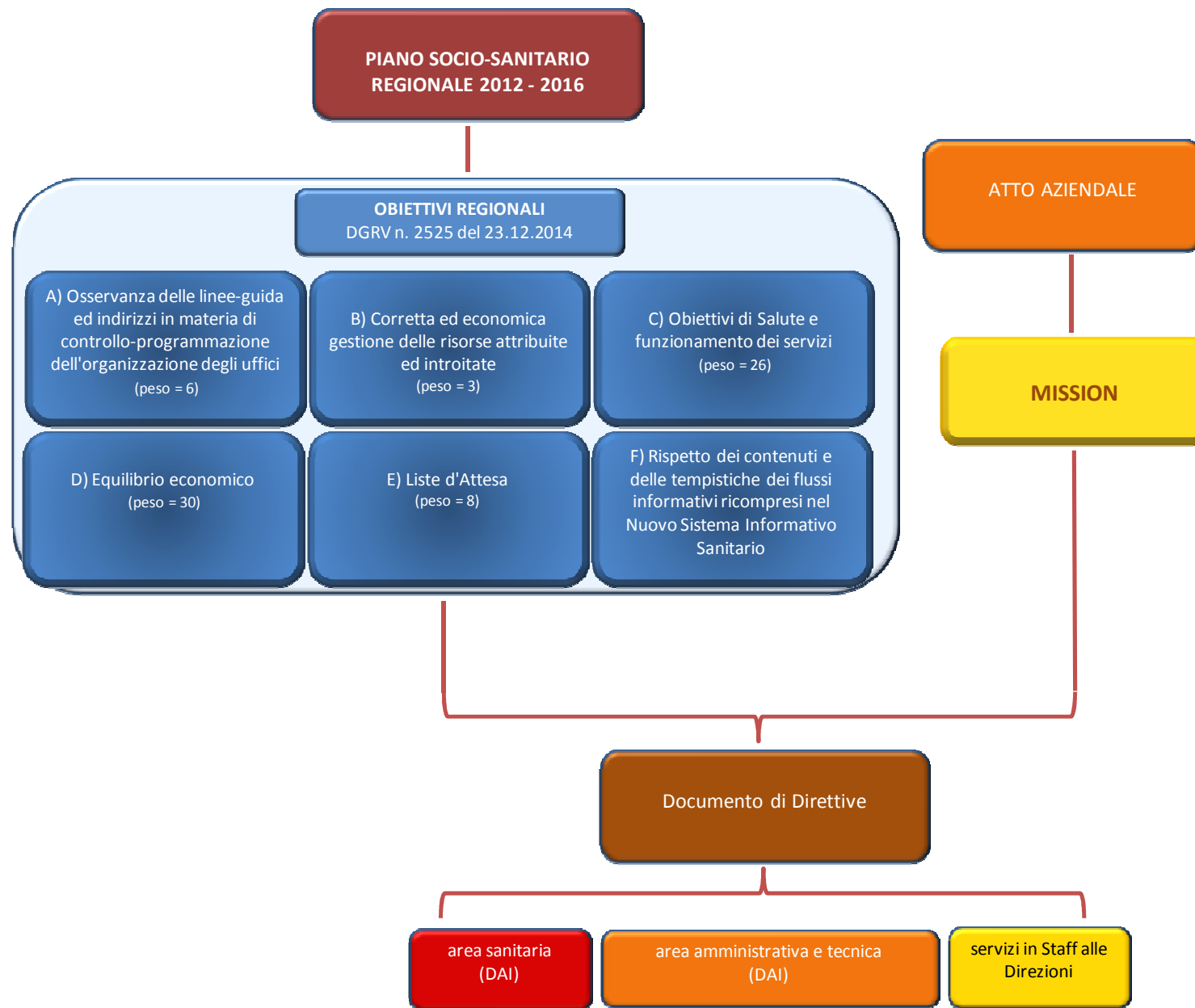


(ORGANIGRAMMA approvato con Deliberazione n.634 del 17 ottobre 2014)

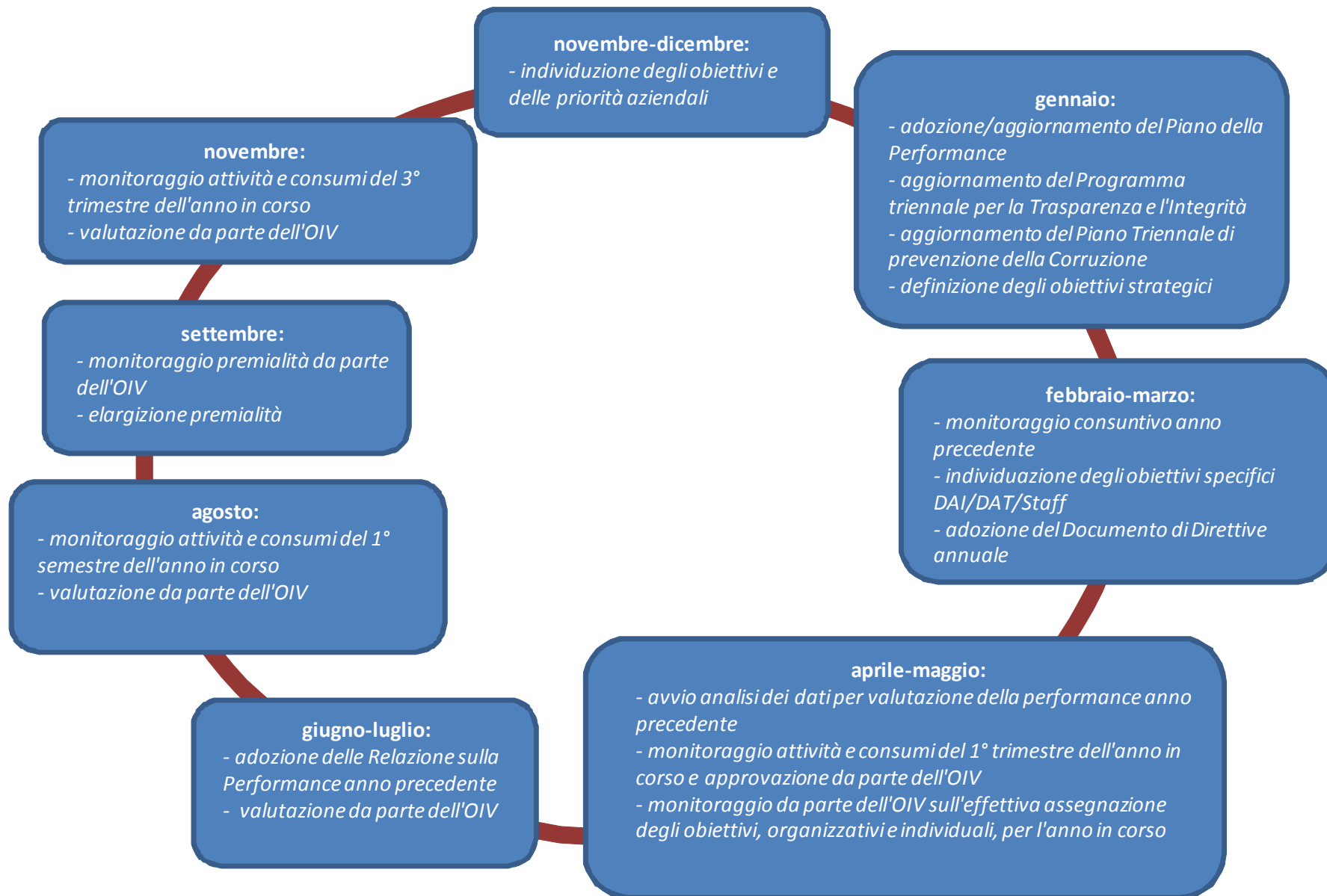




Albero della Performance



Il ciclo di gestione della Performance: le fasi del processo



Obiettivi Regionali 2015 (DGR n. 2525/2014)

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
A	Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e programmazione dell'organizzazione degli uffici			6,00	6,00	5,00
A.1	Adeguamento della organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016			1,00	-	-
A.1.1	Sviluppo del modello di Centrale Operativa	Sì		1,00	-	-
A.2	Sviluppo delle cure primarie e partecipazione alla governance			1,00	-	-
A.2.1	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	Sì		1,00	-	-
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016			1,00	6,00	3,00
A.3.1	Adeguamento della Dotazione di Posti Letto alla Programmazione Regionale	Sì	Per l'AO di Padova solo 2,5 punti	0,50	3,00	3,00
A.3.2	Concentrazione negli ospedali Hub dell'Attività di Alta Complessità (% ricoveri Classe A su Totale)	Aumento per gli Ospedali Hu, Riduzione per gli Ospedali Spoke	Per l'AO di Padova solo 2,5 punti	0,50	3,00	
A.4	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016			1,00	-	-
A.4.1	Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta	Sì		1,00	-	-
A.5	Valutazione e monitoraggio dell'attuazione del Piano di Zona			1,00	-	-
A.5.1	Presentazione della relazione valutativa annuale sul piano di zona, entro i termini previsti, corredata dal monitoraggio annuale sui dati.	Sì		1,00	-	-
A.6	Governo degli erogatori privati accreditati			1,00	-	-
A.6.1	Gestione della delega per lo svolgimento della fase di accertamento e possesso e verifica del mantenimento dei requisiti prevista nell'ambito dei procedimenti attuativi della L.R. 16 agosto 2002 n. 22, come da DRG 1145/13 e successive proroghe	Sì		1,00	-	-
A.7	Sviluppo del Centro Contatto Regionale Mobilità Internazionale			-	-	2,00
A.7.1	Attivazione del Centro di Contatto Regionale per la Mobilità Sanitaria Internazionale	Sì	Per l'AO di Padova 1 punto sottratto all'A.3	-	-	2,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
B	Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate			3,00	3,00	3,00
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE)			1,00	1,00	1,00
B.1.1	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione".	Sì		1,00	1,00	1,00
B.2	Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende			1,00	1,00	1,00
B.2.1	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale	Sì		1,00	1,00	1,00
B.3	Applicare le nuove politiche di Assicurazione			1,00	1,00	1,00
B.3.1	Adottare il modello di Autoassicurazione secondo le direttive regionali	Sì		1,00	1,00	1,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
C	Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi			19,00	26,00	27,00
C.1	Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici			3,00	-	-
C.1.1	Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Difterite e Tetano	≥95%		0,50	-	-
C.1.2	Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Epatite B	≥95%		0,50	-	-
C.1.3	Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Polio	≥95%		0,50	-	-
C.1.4	Adesione "corretta" per screening mammografico	≥80%		0,50	-	-
C.1.5	Adesione "corretta" per screening citologico	≥60%		0,50	-	-
C.1.6	Adesione "corretta" per colon retto	≥65%		0,50	-	-
C.2	Integrazione Ospedale - Territorio			2,00	-	-
C.2.1	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥10%		0,50	-	-
C.2.2	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliare nell'ultimo mese di vita	≥15%		0,50	-	-
C.2.3	Riammissioni Mediche entro 30 giorni per 100 ricoveri negli ultra75enni	Massimo 10 riammissioni ogni 100 ricoveri		1,00	-	-
C.3	Appropriatezza delle cure ospedaliere			3,00	7,00	-
C.3.1	Mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione al 135%	≤ 135%		0,50	-	-
C.3.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2012-2) (Codice Indicatore S. Anna C14.2)	≤ 15%		0,50	2,00	-
C.3.3	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%		1,00	1,00	-
C.3.4	Percentuale dei Parti Cesarei Primari	25% per le maternità con più di 1000 parti e 15% per le maternità con meno di 1000 parti		0,50	1,00	-
C.3.5	% ricoveri urgenti di alta complessità su totale ricoveri urgenti	Aumento rispetto al 2014		-	2,00	-
C.3.6	% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2012-12) (Codice S. Anna: C14.4)	≤ 3%		0,50	1,00	-

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
C Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi						
C.4	Ottimizzazione della Rete Oncologia ed attivazione delle Breast Unit			1,00	1,00	8,00
C.4.1	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	Sì		1,00	1,00	4,00
C.4.2	Attivazione della Breast Unit secondo quanto previsto dalla DGR 1173/2014	Sì	Solo per le Aziende con Breast Unit 0,5 punti sottratti al precedente indicatore	-	-	4,00
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)			2,00	2,00	-
C.5.1	Percentuale di accessi con Durata accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	90° percentile degli accessi entro 4 ore		1,00	1,00	-
C.5.2	Attivazione di percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia	Sì		1,00	1,00	
C.6	Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie			1,00	4,00	-
C.6.1	Effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo Ricovero Ordinario) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana	>1.000 interventi annui		1,00	4,00	-
C.7	Organizzazione dell'Attività Chirurgica			1,00	2,00	-
C.7.1	Percentuale di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery	≥ 40%		0,50	1,00	-
C.7.2	Attivazione dei Letti Monitorati secondo quanto previsto da DGR 2122/2013	Sì		0,50	1,00	-
C.7.3	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	≤ 15%	Solo per le Aziende con Valore superiore al 14% 0,5 punti sottratti ai precedenti indicatori	-	-	-
C.8	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva			4,00	3,00	3,00
C.8.1	Miglioramento di Tutti gli Indicatori di aderenza del rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco e Indicatori di appropriatezza della Regione Veneto	SI'	per le ULSS Provinciali solo 3 punti	4,00	3,00	3,00
C.9	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini			1,00	7,00	7,00
C.9.1	Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA	Maggiore del 2014	per le ULSS Provinciali assegnati 1,25 punti di cui 1 punto sottratto al C.8	0,25	4,00	4,00
C.9.2	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri		-	2,00	2,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
C Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi						
C.9.3	Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti)	≥ 500 segnalazioni per milione di abitanti (farmaci + vaccini)		0,50	-	-
C.9.4	registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	SI'		0,25	1,00	1,00
C.10	Messa a regime del sistema ACG			1,00	-	-
C.10.1	Utilizzo di ACG nella mappatura dei bisogni della popolazione e pianificazione dell'utilizzo delle risorse nel territorio	SI'		0,50	-	-
C.10.2	Utilizzo dei modelli predittivi di ACG nella generazione di liste di pazienti complessi ad alto rischio con medicina di iniziative	SI'		0,50	-	-
C.11	Qualità dell'attività dello IOV			-	-	9,00
C.11.1	Rispetto degli standard di processo per la Diagnosi ed il Trattamento dei Sarcomi delle Parti Molli e del Melanoma Cutaneo	Sì		-	-	3,00
C.11.2	Rispetto degli standard di qualità per l'Oncologia Medica	Sì		-	-	3,00
C.11.3	Rispetto degli standard di processo e di qualità nell'attività di Radioterapia	Sì		-	-	3,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
D	Equilibrio Economico			30,00	30,00	30,00
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi			20,00	20,00	20,00
D.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	Tetto assegnato all'Azienda	Si specifica Tetto personale dipendente (migliaia di euro) 229.000 di cui 365 Coordinamenti	4,00	4,00	4,00
D.1.2	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Territoriale (conto economico B.2.A.2.1)	Tetto assegnato all'Azienda		2,00	-	-
D.1.3	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera (conto economico B.1.A.1)	Tetto assegnato all'Azienda	90.657.921	4,00	5,00	5,00
D.1.4	Rispetto del tetto di costo: DM (conto economico B.1.A.3 con esclusione del conto B.1.A.3.3)	Tetto assegnato all'Azienda	52.200.000	3,00	5,00	5,00
D.1.5	Rispetto del tetto di costo: IVD (conto economico B.1.A.3.3)	Tetto assegnato all'Azienda	14.250.000	2,00	4,00	4,00
D.1.6	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa (conto economico B.2.A.5)	Tetto assegnato all'Azienda		1,00	-	-
D.1.7	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Protesica	Tetto assegnato all'Azienda		1,00	-	-
D.1.8	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A assegnato	Tetto assegnato all'Azienda	41 euro(uguale x tutte le Aziende?)	1,00	1,00	1,00
D.1.9	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe H assegnato	Tetto assegnato all'Azienda	31 euro(uguale x tutte le Aziende?)	1,00	1,00	1,00
D.1.10	Rispetto del pro capite AIR diabete, IRC e maòattie metaboliche assegnato	Tetto assegnato all'Azienda		1,00	-	-
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario			10,00	10,00	10,00
D.2.1	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	Valore CR 154/2012 per l'anno 2015		5,00	5,00	5,00
D.2.2	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Minore di 0		5,00	5,00	5,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
E	Liste d'Attesa			10,00	8,00	8,00
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013			7,00	7,00	7,00
E.1.1	Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%		2,00	2,00	2,00
E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	> 90%	Per le sole ULSS 16 e 20 solo 2 punti	3,00	2,00	2,00
E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	100%		1,00	1,00	1,00
E.1.4	Stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013 con inserimento nel CUP in comune delle prestazioni concordate e rispetto dei tempi d'Attesa	SI'	Per le sole ULSS 16 e 20 viene assegnato 1 punto	-	1,00	1,00
E.1.5	Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	SI'		1,00	1,00	1,00
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante			3,00	1,00	1,00
E.2.1	Mantenimento o Riduzione del Numero di prestazioni per Abitante al di sotto di 4	Riduzione di almeno il 50% la distanza con lo standard di 4 prestazioni per abitante	Solo per le ULSS che nel 2014 hanno tasso superiore al 3,8 assegnati 2 punti sottratti all'indicatore successivo	-	-	-
E.2.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzao nelle branche fuori standard	SI'	Per le ULSS che nel 2014 hanno tasso superiore al 3,8 solo 1 punto	3,00	1,00	1,00

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
F	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario			7,00	7,00	7,00
F.1	Adempimenti Questionario LEA			1,00	1,00	1,00
F.1.1	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	SI'		1,00	1,00	1,00
F.2	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)			1,00	1,00	1,00
F.2.1	% di referti di Verbalì Pronto Soccorso firmati rispetto al totale	100%		0,20	0,20	0,20
F.2.2	% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale	100%		0,20	0,20	0,40
F.2.3	% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	100%		0,20	0,20	0,20
F.2.4	% di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale	100%		0,10	0,10	-
F.2.5	% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale	100%		0,10	0,10	-
F.2.6	% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	100%		0,20	0,20	0,40
F.3.1	Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2 novembre 2011)			2,00	-	-
F.3.1	% di ricette per prestazioni di Specialistica Ambulatoriale dematerializzate	≥ 80%		1,00	-	-
F.3.2	Adeguamento degli Erogatori Privati Accreditati agli adempimenti connessi con la dematerializzazione delle ricette	Sì		1,00	-	-

ID	OBIETTIVO/INDICATORE	SOGLIA 2015	NOTE	PUNTI		
				ULSS	AO	IOV
F	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario			1,40	1,20	1,20
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni Sanitari			1,00	1,00	1,00
F.4.1	Flusso consumi DM: % dei DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A. + B.1.A.3.1.B. + B.1.A.3.2)	100%		0,20	0,20	0,20
F.4.2	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%		0,20	0,20	0,20
F.4.3	Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contatti di Fase 2	≥ 50%		0,20	0,20	0,20
F.4.4	Flusso Farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	100%		0,20	0,20	0,20
F.4.5	Flusso Farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 30%		0,20	0,20	0,20
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali			1,00	-	-
F.5.1	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	SI'		0,20	-	-
F.5.2	Avvio della raccolta dati relativa alla residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera in area disabili nel 2014 (dgr 1059/2012)	SI'		0,20	-	-
F.5.3	Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extraospedaliera	SI'		0,20	-	-
F.5.4	Adempimenti aziendali relativi al recepimenti del Piano nazionale Demenze	SI'		0,20	-	-
F.5.5	Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare	SI'		0,20	-	-
F.6	Implementazione del flusso informativo delle Cure Domiciliari secondo il tracciato della DGR 2372			1,00	-	-
F.6.1	Rispetto delle specifiche relative a tempi e qualità dei dati inviati	SI'		1,00	-	-
F.7	Completezza e Tempestività del flusso SDO			-	4,00	4,00
F.7.1	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	≥ 95% (in ogni trimestre)		-	4,00	4,00
				75,00	80,00	80,00