



Piano della Performance 2012-2014

PIANO TRIENNALE
DI VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI 2012-2014

Aggiornamento a Gennaio 2014

Approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 40 del 31 gennaio 2014

Indice

1. Premessa	pag	3
2. Presentazione del Piano	pag	3
3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder esterni	pag	3
4. Identità	pag	4
4.1 L'Azienda "in cifre"		
4.2 Mandato istituzionale e Missione		
5. Analisi del contesto	pag	6
6. Sistema Qualità e Customer Satisfaction	pag	11
7. Organigramma e albero della performance	pag	11
8. Obiettivi strategici	pag	12
9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	pag	14
10. La relazione degli obiettivi	pag	15
11. Il ciclo di gestione della valutazione dei risultati e le azioni di miglioramento	pag	15
12. Il sistema premiante e la valutazione del Personale	pag	16
13. L'Organismo Indipendente di Valutazione	pag	19
14. Trasparenza, Integrità e Anticorruzione	pag	19
15. Il Comitato Unico di Garanzia	pag	20
16. Allegati:	pag	22
Organigramma		
Albero della Performance		
Esempi di schede di Budget 2013-2014		
Obiettivi regionali 2014		
Il ciclo di gestione della performance: le fasi del processo di budget		

1. Premessa

La presente versione rappresenta un aggiornamento del Piano della Performance adottato con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona n. 824/2012.

La revisione del Piano Triennale appare necessaria alla luce delle nuove indicazioni normative intervenute nel corso del 2013 in materia di trasparenza, integrità, anticorruzione e delle modifiche apportate agli obiettivi strategici aziendali dalle Deliberazioni di Giunta della Regione Veneto n. 1237 del 16 luglio 2013 recante *"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"* e n. 2533 del 20 dicembre 2013 recante *"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" - anno 2014"*.

2. 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 (d'ora in poi: AOUI), conformemente agli indirizzi di legge, è 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.

Il Piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito istituzionale dell'AOUI (<http://www.ospedaleuniverona.it>)

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

Chi siamo

A seguito dell'approvazione della Legge Regione Veneto (LRV) n. 18 del 7 agosto 2009 (che ha introdotto l'Articolo 4bis alla LRV n. 56/1994, in applicazione del Decreto Legislativo n. 517 del 21.12.1999) l'AOUI è stata costituita con DGRV n. 3345/2009 e 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.

Si compone di due presidi ospedalieri: Borgo Trento e Borgo Roma.

Costituisce centro Hub, come disposto dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2014, approvato con LRV n. 23/2012 e successive modifiche.

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 18 Centri di riferimento regionale.

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 libera professione su libera scelta dell'assistito.

I principali impegni che l'Azienda intende perseguire allo scopo di tutelare al meglio i cittadini sono:

Come operiamo

- sulla base delle risorse disponibili, erogare assistenza qualificata ed adeguata a tempi, conoscenze esigenze, atta a rispondere al bisogno di salute relativo alle cure ospedaliere;
- privilegiare ogni iniziativa che migliori la continuità assistenziale verso i servizi e i territori di provenienza del paziente;
- ideare e attuare con le Aziende ULSS ed Ospedaliere percorsi per l'ammissione e la dimissione del paziente particolarmente fragile;
- costituire sede naturale della formazione specialistica nell'ambito della rete formativa regionale;
- programmare, organizzare e gestire, in base alle necessità del SSR, attività didattiche per la formazione del personale sanitario;
- organizzare l'attività di ricerca sanitaria e di base in campo clinico e della organizzazione e gestione dei servizi assistenziali;
- favorire il trasferimento della didattica e nella pratica clinica delle conoscenze acquisite con la ricerca.

In AOUI operano più di 5.000 dipendenti tra medici ospedalieri ed universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, collaborano all'attività dell'azienda oltre 1.000 collaboratori "atipici" (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali).

I due presidi dislocati nella città garantiscono assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza e di emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso, cui accedono circa 400 persone ogni giorno. Nel 2013 sono state 63.350 le persone ricoverate negli ospedali dell'AOUI (di cui 19.143 in regime di day hospital): di questi, circa 10.000 provengono da fuori Regione Veneto e oltre 4.000 da altre province della Regione.

Ogni giorno sono presenti circa 1.100 pazienti ricoverati in regime di degenza ordinaria e circa 330 in regime di ricovero programmato a ciclo diurno, quasi 100 pazienti vengono sottoposti ad intervento chirurgico, un terzo di questi in regime di ricovero diurno day surgery, mentre quasi 3.000 cittadini usufruiscono dei servizi ambulatoriali.

L'attività trapiantologica è stata avviata nel 1968, anno di effettuazione del primo trapianto di rene; da allora l'AOUI è attiva nel campo di trapianti di organo e di tessuto (cuore, fegato, rene, midollo osseo, cornea) con volumi notevoli: nel 2012 sono stati 131 i trapianti d'organo effettuati, e 92 i trapianti di midollo osseo.

4. Identità

4.1 L'AOUI in cifre¹

	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

¹ Dati al 31 dicembre 2013

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 Verona,

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

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

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.

L'attività formativa dell'AOU, definita ed illustrata nel Piano della Formazione, ha visto la realizzazione, nel 2012, di 112 progetti formativi che hanno coinvolto 11.721 persone appartenenti alle diverse categorie professionali.

Nel settembre 2012 l'AOU ha inoltre 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.

Il Piano Aziendale della Formazione 2013, composto da oltre 200 eventi formativi pianificati, è stato deliberato dall'AOU dopo l'effettuazione di un censimento dei fabbisogni a livello dei singoli Dipartimenti, divenuti negli ultimi due anni il core dell'area: la creazione della rete composta dai Referenti della Formazione ha infatti contribuito ad implementare il processo di dipartimentalizzazione.

Dal 2013 l'AOU 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.

Produzione scientifica

Grazie all'acquisizione del programma U-GOV Ricerca del CINECA, adattato ed implementato dall'Università di Verona, è stato possibile effettuare il censimento dell'attività di produzione scientifica per l'anno 2012.

Pubblicazioni Scientifiche 2012	
tipologia	N
Abstract/Contributo in Atti di convegno	84
Articolo su rivista	676
Contributo in volume (Capitolo o Saggio)	44
Curatela	2
Monografia e trattato scientifico	5
Totale pubblicazioni scientifiche	811

Fonte dati: Ufficio Supporto alla Ricerca e Biostatistica

4.2 Mandato istituzionale e Missione²

La missione dell'AOUI è migliorare la salute nel più ampio rispetto della persona, assicurando alta specializzazione ed eccellenza nell'assistenza sanitaria, ricerca sanitaria e ricerca nel campo dell'organizzazione e gestione dei servizi assistenziali ed infine trasmissione e diffusione della cultura e delle conoscenze scientifiche.

La visione dell'Azienda è orientata verso tre tipologie di destinatari: il paziente, il personale, la Comunità.



5. Analisi del contesto

L'analisi del contesto ha 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"

² Fonte: Atto Aziendale

- 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"
- 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"

➤ **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";
- 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".

➤ **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 Accreditamento: Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali**

- Legge Regione Veneto n. 22/2002 "Autorizzazione ed Accreditamento delle Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali"
- DGRV n. 3148 del 09/10/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n. 22. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie. Ulteriori modifiche e integrazioni alla DGR n. 2501/2004"
- DGRV n. 838 del 08/04/2008 "Oneri per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie"

➤ **Controlli 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"

➤ **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"

➤ **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'AOU

Nel raggiungimento degli obiettivi che l'AOU si propone risulta di rilevante importanza tener presente il contesto economico-sociale³: un'analisi accurata di tale contesto permetterà di rintracciare i bisogni assistenziali della popolazione, rispondendo così, positivamente alle diverse criticità esterne quali:

- il progressivo invecchiamento della popolazione con l'aumento della quota di grandi anziani soli, in prevalenza donne;
- 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.

Tuttavia, si possono distinguere ulteriori tipologie di vincoli derivanti dalla profonda crisi che l'intero sistema del paese sta vivendo, come i rilevanti tagli ai fondi nel settore sanità. 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.

c) La Struttura Organizzativa dell'Azienda

Gli organi dell'AOU 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, competono le azioni di programmazione e controllo. Nell'esercizio delle sue funzioni il Direttore Generale è affiancato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, entrambi nominati dal Direttore Generale.

Il Direttore Generale si avvale di Servizi di Staff:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico

³ Fonte: Piano Socio Sanitario Regione Veneto 2012-2014

- Ufficio per la Comunicazione Esterna
- Ufficio per la Comunicazione Interna
- Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio di Medicina del Lavoro
- Servizio di Medicina Legale e delle Assicurazioni

I Servizi in Staff al Direttore Amministrativo sono:

- Servizio Legale
- Ufficio Gestione Prenotazioni e Personale Amministrativo in Area Sanitaria
- Sistema di Controllo Interno (SCI), che afferisce funzionalmente al Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario si avvale invece dei seguenti Servizi:

- Servizio per le Professioni Sanitarie
- Servizio di Farmacologia
- Servizio Miglioramento Qualità e Accreditamento
- Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
- Ufficio Supporto alla Ricerca e Biostatistica

L'AOUI è organizzata in Dipartimenti. Il Dipartimento rappresenta l'unità organizzativa che associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari. In questa logica il Dipartimento assicura il funzionamento unitario ed omogeneo delle Unità Operative che lo compongono, al fine di valorizzarne le competenze in un clima di stretta collaborazione.

Con l'organizzazione dipartimentale ci si pone come obiettivo principale l'ottimizzazione qualitativa e quantitativa dell'assistenza sanitaria, assicurando al paziente un iter terapeutico garantito da un controllo sistematico della qualità dell'assistenza stessa (efficacia clinica, continuità del percorso assistenziale, soddisfazione del cittadino), integrando tale esercizio con le funzioni di didattica e di ricerca, coordinando e semplificando le interazioni con i servizi tecnici ed amministrativi. Ai Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) afferiscono le Unità Operative Complesse e Semplici.

Ai Dipartimenti Area Amministrativa e Tecnica (D.A.T.) afferiscono i Servizi Amministrativi e Tecnici.

d) Le risorse strumentali ed economiche

Infrastrutture:

L'Azienda si articola in due presidi ospedalieri, uno collocato nel quartiere di Borgo Trento ed uno 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	2011	2013	Note
Acceleratore lineare	5	4	Inclusa IORT; di cui uno in acquisto
Angiografo	6	7	
Diagnostiche radiologiche	16	16	
Gammacamera	3	3	
Ipertermia	2	2	
Litotritore	1	1	
Mammografo	4	4	
PACS	1	1	
RM	6	7	
RM intraoperatoria	1		
Robot chirurgico	1	2	di cui uno al practice
Sistema per radiocirurgia	1	1	
Laser a femtosecondi per oculistica	1	1	in acquisto
TAC	6	6	
TAC-PET	1	1	
Densitometri ossei	2	2	

fonte dati: Servizio Ingegneria Clinica

Risorse Umane

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)	45,57
Età media dei dirigenti (anni)	48,76
Tasso crescita unità di personale negli anni 2009-2013	-1,69%
% di dipendenti in possesso di laurea	32,87%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	31,88
Turnover del personale	93,33%

Analisi Benessere Organizzativo:

Indicatori	Valore
Tasso di dimissioni premature	26,83%
Tasso di infortuni	1,62%
Stipendio medio annuo lordo percepito dai dipendenti	36.584
% di personale assunto a tempo indeterminato	97,54%

Analisi di genere:

Indicatori	Valore
% di dirigenti donna	43,36%
% di donne rispetto al totale del personale	78,55%
Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non)	68.000 – 28.000
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	72,29%
Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	44,99 – 46,87
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	27,12%

6. Sistema Qualità e Customer Satisfaction

Nel dicembre 2002 l'AOUl 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'Azienda Ospedaliera 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.

7. Organigramma e albero della performance

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

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.

8. Obiettivi strategici

Per tutto il personale e per gli organi di Direzione dell'AOUl il cittadino con problemi di salute deve essere al centro dell'organizzazione sanitaria, in quanto la tutela della salute è "un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività ..." (art. 32 della Costituzione Italiana).

Nell'attuale contesto di trasformazione del Servizio Sanitario, l'AOUl mantiene l'obiettivo di assicurare prestazioni di comprovata efficacia, compatibilmente con le risorse tecnologiche, umane e finanziarie disponibili.

Tale obiettivo è perseguito soprattutto attraverso un'attenzione particolare alla centralità del cittadino e attraverso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell'utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi dell'AOUl, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- ❖ umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- ❖ informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- ❖ conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- ❖ rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano.

Tutte le specializzazioni presenti in AOUl hanno l'obiettivo di perseguire l'eccellenza: per le attività di ambito regionale e sovra-regionale attraverso l'offerta di prestazioni di alto livello; per le attività di ambito locale, riguardanti le più diffuse patologie cronico-degenerative, l'eccellenza viene perseguita attraverso la ricerca e la messa a punto di innovativi modelli organizzativo-assistenziali da esportare nelle altre realtà e con l'integrazione con la rete provinciale dei servizi, mantenendo in Azienda l'assistenza ai casi più complessi.

Pertanto, il successo dell'AOUl nel trattare le patologie croniche (es scompenso cardiaco, BPCO, diabete grave, etc), non consiste nell'essere "i più bravi" a curare tutti i malati, ma nel favorire il miglioramento degli standard di cura da parte di tutta la rete dei servizi (gli altri ospedali, i poliambulatori, i Distretti, i MMG aggregati nelle nuove forme associative), attraverso la ricerca (anche di modelli organizzativi innovativi) e la formazione (didattica e aggiornamento professionale).

L'AOUl è impegnata nella formazione di specialisti, puntando a far emergere nuove competenze nelle varie categorie professionali, compreso l'ambito delle cure primarie, per soddisfare il fabbisogno di professionisti competenti. Esplicita i modelli formativi necessari per lo sviluppo attraverso percorsi coordinati con la Scuola di Medicina e Chirurgia, in particolare puntando su:

- formazione di specialisti in grado di affrontare immediatamente ambiti operativi ed organizzativi complessi;
- formazione di professionisti sanitari in grado di gestire con responsabilità le diverse fasi dell'assistenza e con particolare riguardo alla sicurezza del paziente;
- formazione dei medici di cure primarie attraverso un percorso formativo che ne valorizzi le peculiarità culturali e metodologiche;
- formazione mirata al miglioramento della comunicazione (medico-paziente, medico specialista-medico di cure primarie), facendo conoscere agli studenti dei corsi di laurea il *setting* assistenziale delle cure primarie (ruolo del MMG nel sistema sanitario; l'approccio centrato sul paziente e il "*process model of stress and coping*" come cornice di riferimento per l'approccio biopsicosociale nella pratica clinica; *problem solving*; approccio olistico e assistenza domiciliare; elementi di gestione manageriale - MMG imprenditore di sé stesso e delle forme associative cui appartiene);
- formazione come strumento di incentivazione del personale coinvolto a titolo di docente o tutor.

L'AOUl è un provider della formazione continua in medicina, mirando ad implementare l'operare come "team interdisciplinare" all'interno della singola UO/Servizio, del Dipartimento e tra i Dipartimenti, soddisfacendo così il bisogno formativo dei professionisti veneti con un'offerta centrata prevalentemente su: formazione sul campo per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza; formazione come strumento di incentivazione del personale-docente; formazione mirata al miglioramento della comunicazione medico-paziente e medico specialista-medico di cure primarie, anche attraverso percorsi condivisi.

Nell'ambito della ricerca l'AOU si fa carico di promuovere:

- la ricerca clinica traslazionale;
- le aggregazioni tra gruppi di ricerca a favore di macro-progetti aziendali;
- la ricerca organizzativa di nuovi modelli assistenziali esportabili;
- l'interazione tra ricerca di base, clinica ed organizzativa sanitaria tra le diverse sedi AOU e le strutture afferenti all'Università di Verona (BT, BR, Istituti Biologici, Dipartimento di Informatica, ...).

Al fine di migliorare la qualità professionale dell'AOU, si intende:

- riorganizzare e sviluppare il Sistema Qualità Aziendale secondo i nuovi modelli assistenziali e organizzativi *"patient e client oriented"*;
- sostenere e consolidare l'evoluzione organizzativa con metodi e strumenti innovativi e validati dall'expertise aziendale e trasferibili ad altre Aziende Sanitarie;
- possedere prassi di eccellenza misurabili, confrontabili e trasferibili, tramite informazioni, metodi e strumenti che consentono valutazioni sul livello qualitativo raggiunto e sulle possibili aree di miglioramento;
- certificare/accreditare i Dipartimenti Integrati Aziendali.

Infine, per migliorare la comunicazione di informazioni per i "clienti interni" e i "clienti esterni" si tende ad organizzare le informazioni per livelli di attenzione tramite intranet, e-mail, servizi multicanale e Newsletter, oltre ad organizzare una rete di referenti per la comunicazione allo scopo di favorire la trasparenza e la circolarità delle informazioni tramite strumenti personalizzati, in particolare l'intranet aziendale.

Le principali priorità aziendali, individuate nel Documento di Programmazione 2012-2014 ed integrate con gli obiettivi assegnati all'azienda dalla Regione Veneto, sono sintetizzabili in sette punti:

- 1) *Sviluppare l'organizzazione per intensità di cura*, attraverso il completamento della riorganizzazione in Unità Operative e Moduli di Attività e l'implementazione di "Pacchetti di diagnosi e cura" - espliciti e predefiniti - quale strumento per garantire la qualità delle prestazioni erogate e per favorire un'efficiente organizzazione delle attività.
- 2) *Riorganizzare le attività erogate nelle due sedi*,
 - sviluppando ed implementando percorsi trasversali condivisi tra le Unità Operative afferenti ai diversi DAI;
 - portando a completa implementazione la già avviata riorganizzazione per funzioni delle Unità Operative di Ortopedia, Urologia, ORL e oculistica (ricoveri ordinari prevalentemente a Borgo Trento, ricoveri diurni e di Week-Hospital a Borgo Roma);
 - consolidando la riorganizzazione del Dipartimento di Direzione Medica Ospedaliera e Farmacia.
- 3) *Sviluppare modalità assistenziali alternative al ricovero ordinario*, attraverso la costruzione della nuova Outpatient clinic nella quale rientreranno le attività ambulatoriali, il Day Service e Day Surgery.
- 4) *Migliorare l'area materno infantile*, anche grazie alla realizzazione del nuovo ospedale unico del bambino e della donna.
- 5) *Riorganizzare l'area geriatrica nella sede di Borgo Trento*: attraverso lo sviluppo della nuova sezione ad "alta intensità assistenziale" e della sezione "urgenze".
- 6) *Informatizzare la cartella clinica*:
 - 100% dei referti di laboratorio, diagnostica per immagini, esami strumentali, disponibili nel dossier sanitari;
 - 90% dei referti delle visite specialistiche;
 - 100% delle lettere di dimissione;
 - informatizzazione della prescrizione/somministrazione farmaci nel 90% dei MdA di degenza;
 - utilizzo della "Grafica integrata" informatizzata nell'80% delle UOC e MdA di degenza;
 - pieno utilizzo in tutta l'AOU del software di gestione del gruppo operatorio ed integrazione con il software di gestione delle liste di attesa;
 - predisposizione per la piena apertura con il territorio.
- 7) *Promuovere il fund raising*, quale strumento per la sostenibilità della sanità pubblica, puntando al reperimento di fondi aggiuntivi ed al miglioramento delle tecnologie, attraverso: il miglioramento della capacità di attrazione; l'attrazione di pazienti paganti da stati esteri; l'attività di provider di formazione; la catalizzazione di investimenti per la ricerca; la sperimentazione di modelli di budget avanzato.

9. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie dell'AOU, definite dalla Direzione all'interno della propria mission ed esplicitate nel Documento di Programmazione 2012-2014, recepiscono le linee di indirizzo regionali.

Tali strategie, che comprendono le definizioni delle priorità degli investimenti previsti, vengono declinate in obiettivi assegnati ai Dipartimenti ed alle singole Unità Operative attraverso il processo di budget.

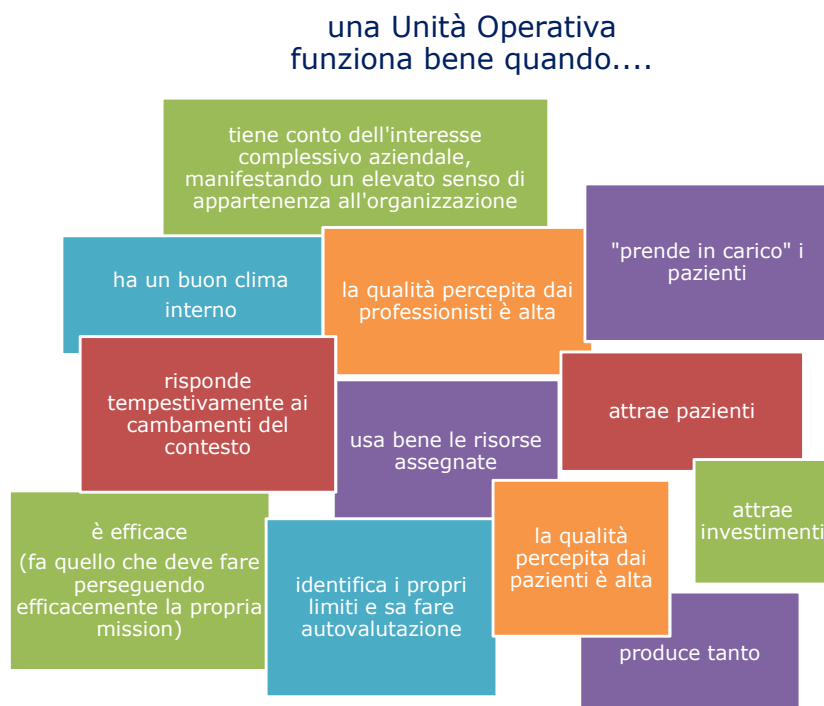
L'andamento della gestione viene costantemente monitorato dal Servizio Controllo di Gestione, confrontato con gli obiettivi assegnati, sintetizzato attraverso un sistema di indicatori e divulgato per mezzo di report.

Partendo dagli obiettivi regionali, definiti gli obiettivi strategici generali, anche per il biennio 2013-2014 sono stati declinati gli obiettivi all'interno dei Dipartimenti, attraverso il Quadrante di Budget (in allegato), nel rispetto delle peculiarità e delle specificità degli Unità Operative afferenti.

Per quanto riguarda i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), il ciclo di Budget 2012-2014, pur essendo idealmente in continuità col ciclo del biennio precedente, presenta una serie di innovazioni, sintetizzate di seguito:

Obiettivi generali	Strategie
Diminuire il gap fra "percezione di qualità" e risultato oggettivo di budget	Rivedere il quadrante di budget, in modo che gli indicatori siano il più "giusti" possibile
Aumentare il ruolo dei DAI nel processo di budget	il DAI partecipa con la Direzione Aziendale alla definizione degli obiettivi delle singole Unità Operative
Introdurre "germi" di "budget di Modulo di Attività"	il DAI forma e responsabilizza il personale delle professioni sanitarie nell'approvvigionamento dei beni; il DAI misura l'effettiva applicazione delle procedure e dei protocolli esistenti
Raccordare la valutazione individuale con quella di Unità Operativa	Individuare indicatori sui quali fondare alcune valutazioni previste nella scheda di valutazione individuale
Utilizzare metodi di <i>clinical governance</i> , anziché tagli lineari, per perseguire gli obiettivi della <i>spending review</i>	- i clinici: individuano possibili azioni di risparmio - i tecnici: ne analizzano l'impatto economico - la direzione e i DAI: scelgono le azioni di risparmio da realizzare

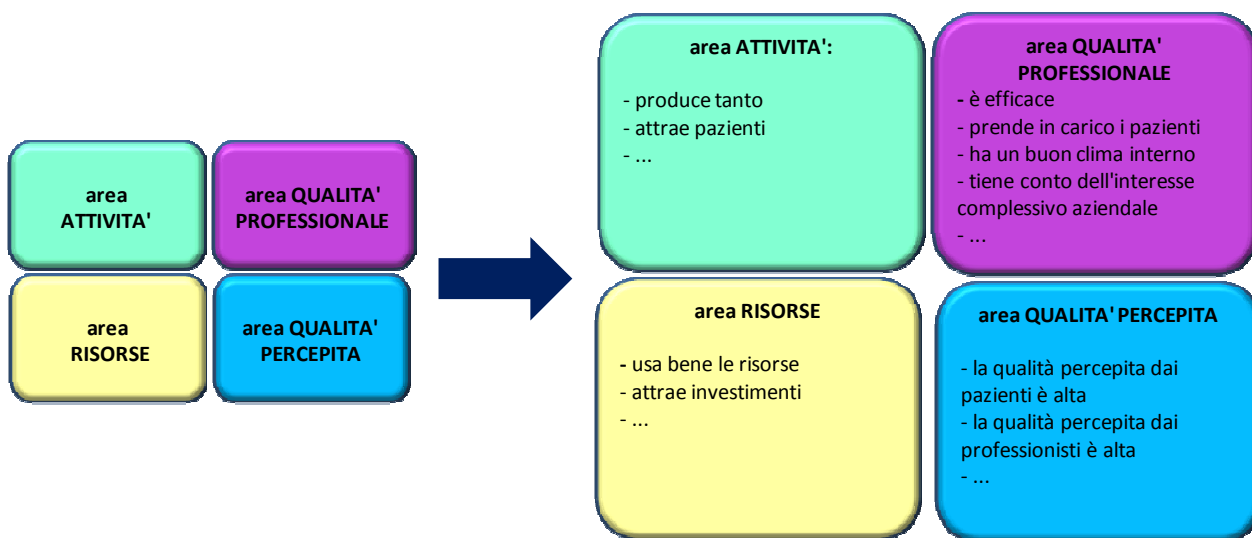
La filosofia sottostante al processo può essere descritta dalla seguente figura:



All'interno del Quadrante di Budget gli obiettivi risultano suddivisi per macro-aree di riferimento, contraddistinte da colori e pesi diversi:

- Area "Attività", in verde
- Area "Risorse", in giallo
- Area "Qualità professionale", in viola
- Area "Qualità percepita", in turchese.

una Unità Operativa funziona bene quando...



La suddivisione in macro-aree interessa sia la parte sanitaria che il settore tecnico-amministrativo, ovvero sia i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) che i Dipartimenti di Area Tecnica-Amministrativa (DAT) ed i Servizi di Staff.

10. La relazione degli obiettivi

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:

- 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 (Quadrante) 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;
- 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;
- 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-adequando obiettivi ed indicatori. In base alle risultanze dei controlli periodici, o a fronte di situazioni di previsto squilibrio economico-finanziario, il Direttore Generale può procedere alla revisione del budget generale. Gli esiti dei monitoraggi vengono sintetizzati dal 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 (vedi capitolo 12) 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 (vedi capitolo 12)
- 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 personale

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.

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).

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 contemperando 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. Impegno lavorativo e qualità della prestazione;
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 parametrale	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 parametrale	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.

Nel corso del 2014 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'AOUI 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 2014-2016 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.AC. 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

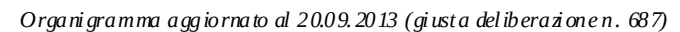
dignità dei lavoratori e delle lavoratrici, volto ad offrire uno strumento adeguato a prevenire e contrastare l'insorgere di comportamenti quali discriminazioni, molestie, mobbing, con l'intento di contribuire a ridurre cause che possano favorire il verificarsi di conflitti e disagi psicologici e lavorativi.

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.

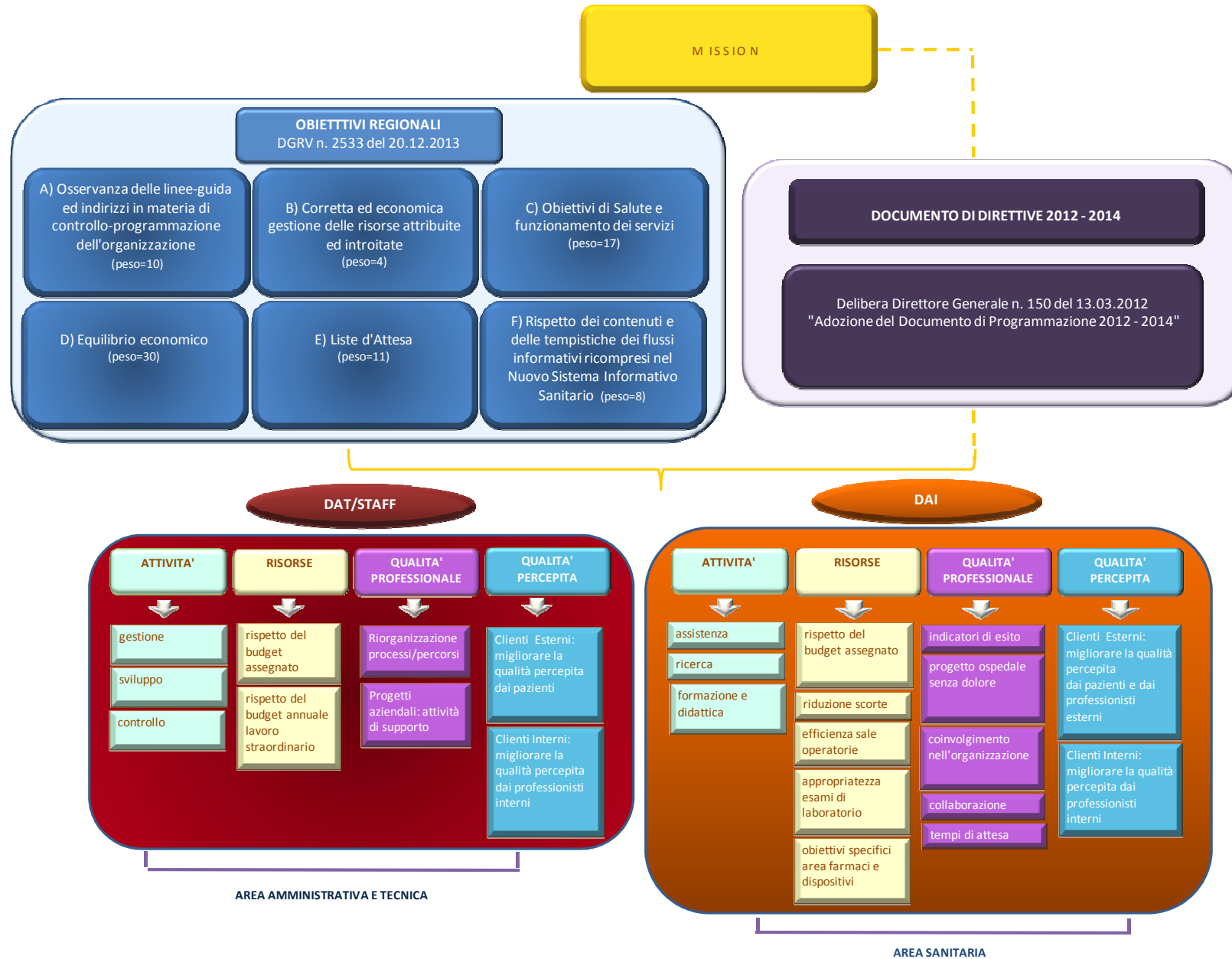
E' presente sulla Intranet aziendale una sezione dedicata al Comitato, contenente le principali informazioni sulla composizione, le funzioni, le iniziative promosse, nonché sul ruolo e l'attività della Consigliera di fiducia.

16. Allegati

- Organigramma
- Albero della Performance
- Quadrante di Budget 2013: obiettivi, pesi, indicatori
- Bozza Quadrante di Budget 2014
- Obiettivi regionali anno 2014 (sintesi DGR n. 2533/2013)
- Il ciclo di gestione della performance: le fasi del processo

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA - VERONA

Albero della Performance



Quadrante di Budget 2013

Funzionano bene le Unità Operative che:		obiettivo aziendale		peso		indicatore		Funzionano bene le Unità Operative che:		obiettivo aziendale		peso		indicatore	
A1	producono tanto	A1.1	aumentare il valore medio DRG	8	- valore medio DRG - % DRG classe A+B	Q5	sono efficaci	Q5.1	mantenere/migliorare gli esiti clinici dei propri processi assistenziali	4	- indicatori di esito individuati nel budget 2012				
		A1.2	aumentare l'offerta ambulatoriale per esterni	5	- prestazioni in istituzionale pesate - rapporto prestazioni in istituzionale/libera professione			Q5.2	migliorare la capacità di misurare gli esiti	2	- indicatori di esito - proposta di migliori indicatori				
		A1.3	diminuire la degenza media	5	- degenza media - fratture prossimali di femore, >65 anni: % di operati entro 2 gg	Q6	si "prendono in carico" i pazienti	Q6.1	migliorare la capacità dei Gruppi Interdisciplinari di farsi carico dei pazienti	3	- media dello score qualità dei Gruppi Interdisciplinari di appartenenza				
		A1.4	migliorare la capacità di ricerca	4	- 2013: sperimentazione nuovo indicatore sintetico - 2014: raggiungimento del livello soglia			Q6.2	misurare regolarmente il dolore	3	- % di cartelle cliniche o lettere di dimissione informatizzate nelle quali è documentata la rilevazione del dolore				
		A1.5	migliorare la capacità di fare formazione	4	- 2013: sperimentazione nuovo indicatore sintetico - 2014: raggiungimento del livello soglia	Q7	hanno un buon clima interno	Q7.1	il personale è informato sui principali fatti aziendali e conosce gli obiettivi da perseguire	2	- 2013: sperimentazione di una rilevazione ad hoc - 2014: score della rilevazione ad hoc				
A2	attraggono pazienti	A2.1	aumentare l'attrazione da fuori Regione	5	- %ricoveri da fuori Regione - % DRG classe A da fuori Regione	Q8	tengono conto dell'interesse complessivo aziendale, manifestando un elevato senso di appartenenza all'organizzazione aziendale	Q8.1	collaborare coi Direttori DAI nell'attuazione della programmazione aziendale	4	- score di valutazione sintetica da parte della Direzione allargata sui seguenti parametri: % SDO chiuse entro i tempi previsti; n ricoveri extra LEA; rispetto dei debiti informativi				
A3	riorganizzano	A3.1	riorganizzare l'area diagnostica	8	- piano di miglioramento			Q8.2	rispettare i tempi di attesa per le prestazioni traccianti	3	- % di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti, per classe di priorità				
R3	usano bene le risorse	R3.1	rispettare il budget assegnato	12	- consumi vs budget			Q8.3	ottimizzare i tempi di attesa per gli interni	3	- tempo di attesa medio per la consulenza in Pronto Soccorso				
		R3.2	ridurre le scorte	5	- valore scorte			P9	la qualità percepita dai professionisti è alta	P9.1	migliorare continuamente la qualità percepita dai professionisti interni all'AOUI	5	- score raggiunto nel questionario usato per la rilevazione aziendale - disservizi segnalati a Direzione Medica e Direzione Sanitaria		
		R3.3	migliorare l'efficienza d'uso delle sale operatorie	4	- indicatore DS					P10	la qualità percepita dai clienti esterni è alta	P10.1	migliorare continuamente la qualità percepita da parte dei pazienti	5	- score raggiunto nel questionario usato per la rilevazione aziendale - score raggiunto nei siti internet più consultati dai pazienti
		R3.4	migliorare l'appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio	3	- n medio di esami di laboratorio per caso trattato	P10.2	migliorare continuamente la qualità percepita dai professionisti esterni						- sperimentazione di un questionario volto ai Medici di Medicina Generale (per 2013: DAI di Chirurgia e Oncologia)		
		R3.5	area farmaci e dispositivi	4	- obiettivi specifici Farmacia										
R3.6	semplificare l'attività	4	- n moduli/passaggi procedurali eliminati/unificati												
R3.7	effettuare solo le prestazioni appropriate	4	- % di ricoveri potenzialmente non appropriati (RO+DH) secondo le norme regionali												
R4	attraggono investimenti	R4.1	attrarre risorse (fund raising)	3	- ammontare economico delle risorse aggiuntive pervenute										

Quadrante di Budget 2014 (bozza)

	obiettivo aziendale	peso	indicatore	obiettivo aziendale	peso	indicatore	
A T T I V I T À	aumentare il valore medio DRG	8	- valore medio DRG - % DRG classe A+B	mantenere/migliorare gli esiti clinici dei propri processi assistenziali	4	- indicatori di esito individuati nel budget 2012	P R O F E S S I O N A L E
	aumentare l'offerta ambulatoriale per esterni	5	- prestazioni in istituzionale pesate - rapporto prestazioni in istituzionale/libera professione	misurare regolarmente il dolore	3	- % di cartelle cliniche o lettere di dimissione informatizzate nelle quali è documentata la rilevazione del dolore	
	diminuire la degenza media	5	- degenza media - fratture prossimali di femore, >65 anni: % di operati entro 2 gg	il personale è informato sui principali fatti aziendali e conosce gli obiettivi da perseguire	2	- 2013: sperimentazione di una rilevazione ad hoc - 2014: score della rilevazione ad hoc	
	migliorare la capacità di ricerca	4	- 2013: sperimentazione nuovo indicatore sintetico - 2014: raggiungimento del livello soglia	collaborare coi Direttori DAI nell'attuazione della programmazione aziendale	4	- score di valutazione sintetica da parte della Direzione allargata sui seguenti parametri: % SDO chiuse entro i tempi previsti; n ricoveri extra LEA; rispetto dei debiti informativi	
	migliorare la capacità di fare formazione	4	- 2013: sperimentazione nuovo indicatore sintetico - 2014: raggiungimento del livello soglia	rispettare i tempi di attesa per le prestazioni traccianti	3	- % di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti, per classe di priorità	
	aumentare l'attrazione da fuori Regione	5	- %ricoveri da fuori Regione	migliorare continuamente la qualità percepita dai professionisti interni all'AOU	5	- score raggiunto nel questionario usato per la rilevazione aziendale - disservizi segnalati a Direzione Medica e Direzione Sanitaria	
R I S O R S E	riorganizzare l'area diagnostica	8	- piano di miglioramento				P E R C E P I T À
	rispettare il budget assegnato	12	- consumi vs budget	migliorare continuamente la qualità percepita da parte dei pazienti	5	- score raggiunto nel questionario usato per la rilevazione aziendale - score raggiunto nei siti internet più consultati dai pazienti	
	ridurre le scorte	5	- valore scorte				
	migliorare l'efficienza d'uso delle sale operatorie	4	- indicatore DS				
	migliorare l'appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio	3	- n medio di esami di laboratorio per caso trattato	migliorare continuamente la qualità percepita dai professionisti esterni		- sperimentazione di un questionario volto ai Medici di Medicina Generale	
	area farmaci e dispositivi	4	- obiettivi specifici Farmacia				

Note: i pesi attribuiti sono puramente indicativi

Obiettivi Regionali 2014 (DGR n. 2533/2013)

	OBIETTIVO	INDICATORE	peso Aziendale
A) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016	Formulazione e Rispetto del Piano aziendale di adeguamento alle schede di dotazione ospedaliera come da Allegati alla delibera 2122 del 19/11/2013	3,00
		Definire Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le principali patologie che richiedono terapie di riabilitazione	2,00
		Definire il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la patologia senologica	3,00
		Definire i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i pazienti diabetici	2,00
	Organizzazione su base provinciale dell'attività chirurgica degli Ospedali Hub	Attivazione di liste operatorie uniche su base provinciale per le alte specialità	*
B) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE)	Utilizzo del Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella determinazione della base d'asta di nuove gare finalizzate alla acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione".	1,50
		Predisposizione del piano relativo al Percorso Attuativo della Certificabilità secondo le tempistiche definite dal progetto regionale e completamento efficace delle azioni pianificate per il 2014 entro le tempistiche concordate con l'Azienda	0,50
	Sviluppo del Sistema di Controllo Interno Revisione di Bilancio	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (D.Lgs. 190/2012) secondo le tempistiche definite dal progetto regionale.	0,25
		Attuare le attività di sviluppo del controllo interno per il governo dei rischi amministrativo contabili secondo le tempistiche definite dal progetto Regionale	0,25
	Applicare le nuove politiche di Assicurazione	Adottare il modello di Autoassicurazione secondo le direttive regionali	1,00
	Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale	0,50
C) Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi	Ottimizzazione della Rete Oncologia	Applicazione di quanto previsto dalla DGR 112/2013 per il funzionamento della Rete Oncologica	1,00
		Incremento dell'attività di alta complessità in chirurgia	2,00
	Riorganizzazione dell'Attività Chirurgica	Percentuale di pazienti con età maggiore di 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (min 60%)	2,00
		Riduzione della Percentuale di DRG Medici in Reparto Chirurgico	2,00
	Ottimizzazione dell'utilizzo dei Posti Letto	Attivazione Week Surgery e Day Surgery	1,00
	Adesione al Percorso di Monitoraggio degli indicatori di Qualità dell'Assistenza Sanitaria da inserire nel Network di Regioni coordinato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa	Miglioramento rispetto al 2012, o mantenimento all'interno dello standard, nel 2014 degli indicatori	2,00
		Miglioramento nel 2014 degli indicatori "critici" nel 2012 (performance molto scarsa) per la specifica Azienda	*
		Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA	2,00
	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	2,00
		registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	1,00
D) Equilibrio economico	Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie	Effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo Ricovero Ordinario) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana	2,00
	Rispetto della programmazione regionale sui costi	Rispetto dei vincoli definiti a livello regionale con riferimento ai costi di produzione	15,00
	Equilibrio Economico-Finanziario	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012	5,00
		Delta 2014 - 2013 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	10,00
E) Liste d'Attesa	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	5,00
		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	5,00
	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	Concorso alla diminuzione al numero di prestazioni per abitante: rispetto dei volumi concordati con l'ULSS	1,00
F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario	Adempimenti Questionario LEA	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	1,00
		Rispetto dei tempi previsti nello svolgimento delle attività e delle modalità di invio/controllo della qualità del dato fornito come previsto dal Questionario LEA e documenti allegati/collegabili allo stesso.	1,00
		Implementazione secondo Programmazione Regionale: presentazione del progetto di adeguamento; adeguamento dei sistemi aziendali (collaudo); labelling dei servizi/applicazioni sviluppate; entrata in produzione	1,00
	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale (min 90%)	0,167
		100% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale	0,167
		100% di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale	0,167
		100% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale	0,167
		100% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale	0,167
		100% di referti di Verbal Pronto Soccorso firmati rispetto al totale	0,167
	Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2 novembre 2011)	% di ricette dematerializzate (n. ricette dematerializzate dicembre anno corrente / n. ricette art.50 anno precedente)	1,00
		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) (Mmin 90%)	0,50
	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni Sanitari	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) (min 93%)	0,50
	Completezza e Tempestività del flusso SDO	Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse (min 95%)	2,00

Il ciclo di gestione della performance: le fasi del processo

