

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1  
DOLOMITI

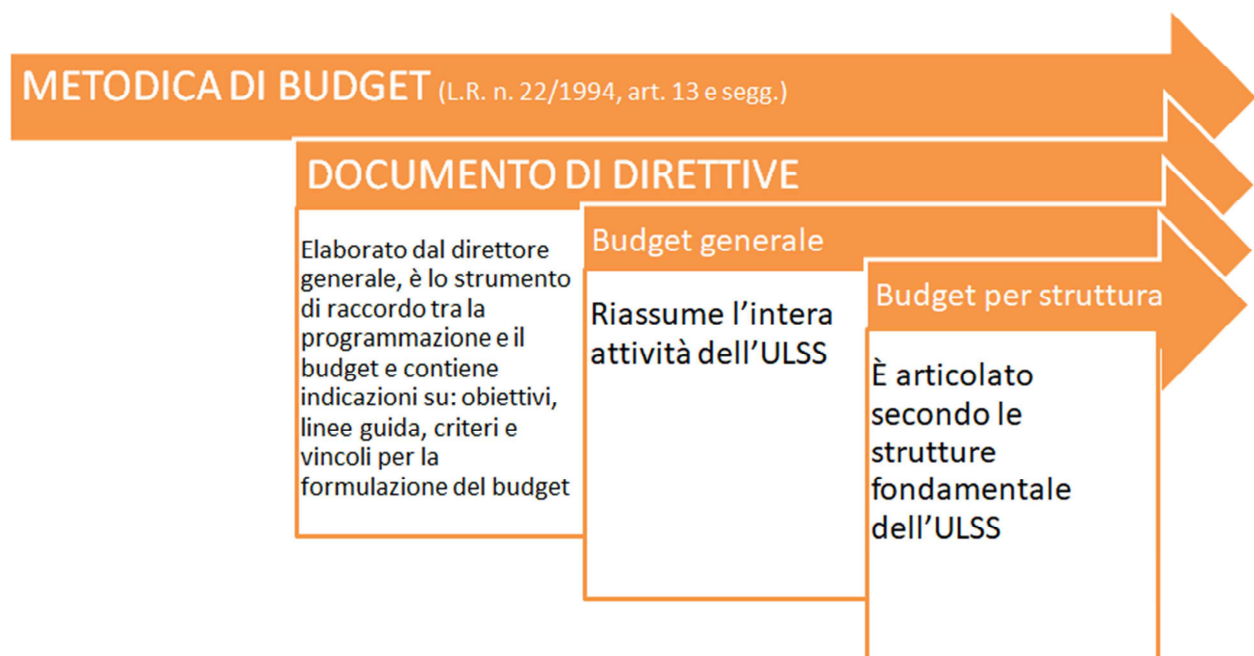
# **DOCUMENTO DI DIRETTIVE per la formulazione del BUDGET 2023**

## Sommario

|    |                             |    |
|----|-----------------------------|----|
| 1. | INTRODUZIONE.....           | 3  |
| 2. | GLI OBIETTIVI 2023.....     | 5  |
| 3. | IL PROCESSO DI BUDGET ..... | 10 |
| 4. | CONCLUSIONI .....           | 11 |

# 1. INTRODUZIONE

L'adozione della metodica di budget consente di pervenire, in un arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della pianificazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare ed agli investimenti da compiere. È in sede di definizione dei budget delle singole strutture operative aziendali, formulati con riferimento agli ospedali, ai distretti, al dipartimento di prevenzione ed ai servizi amministrativi, che gli obiettivi generali espressi dai documenti di pianificazione vengono scomposti, nei termini più analitici possibili, in obiettivi specifici.



Tale processo trova motivazione nell'esigenza di chiarire la natura degli obiettivi da perseguire in concreto, favorendo le operazioni di temporizzazione e di quantificazione degli stessi, nonché la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'organizzazione e nell'attuazione dei programmi. Tale scomposizione rappresenta un passo indispensabile, sia con riferimento alle scelte delle attività da svolgere, sia per la misurazione dei risultati in sede di verifica e di valutazione.

Allo scopo di cui sopra, è preliminarmente necessaria l'adozione del documento di direttive. Adottato dal direttore generale, esso rappresenta il raccordo tra il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), con particolare riferimento al paragrafo "Performance", e gli obiettivi annuali, in aderenza ai contenuti e alle scelte di pianificazione adottate dall'azienda e dalla Regione. La legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 e s.m.i., attribuisce ad esso la funzione di

indicare “obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget”. Costituisce, pertanto, lo strumento tecnico attraverso il quale le politiche aziendali vengono declinate in obiettivi precisi, riconducibili ad azioni specifiche, da perseguire mediante una azione sinergica di tutte le componenti aziendali.

I direttori di Macro-Struttura, sentiti i Direttori di Area per la parte di competenza, e, per i servizi amministrativi, la direzione amministrativa, provvedono all’elaborazione, per la successiva adozione da parte della direzione generale, della proposta di budget annuale di propria competenza, negoziando preliminarmente con ogni direttore di dipartimento strutturale e centro di responsabilità il relativo budget.

La proposta del budget dei singoli centri di responsabilità deve essere elaborata compatibilmente con le risorse disponibili.

Nella formulazione della proposta di budget, occorre prioritariamente prevedere la realizzazione delle direttive individuate dal direttore generale con il presente documento ed attenersi alle linee guida, criteri, vincoli e parametri indicati dalla direzione generale.

## 2. GLI OBIETTIVI 2023

Le aree strategiche individuate nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025, adottato con deliberazione del direttore generale n. 79 del 30.01.2023, rappresentano le linee di orientamento nella definizione delle schede di budget.

Al fine di sviluppare il contenuto della programmazione regionale e aziendale, il PIAO 2023-2025 ha individuato le seguenti aree strategiche:

1. Attuazione della programmazione regionale;
2. Equilibrio economico, finanziario e patrimoniale e corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate;
3. Governo dei tempi di attesa;
4. Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;
5. Organizzazione aziendale, reingegnerizzazione dei processi e gestione del rischio;
6. Miglioramento della qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni e umanizzazione dei servizi;
7. Consolidamento dell'identità aziendale e creazione di valore pubblico;
8. Sviluppo e adeguamento dei sistemi informativi aziendali e rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi.



Partendo dalla mappa strategica 2023-2025, sono stati individuati, per ciascuna area, gli obiettivi operativi da perseguire nel 2023.

Con la DGRV n. 1702/2022, la Giunta Regionale ha assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2023.

Tali obiettivi si caratterizzano per l'impegno volto a garantire la qualità dei servizi offerti al cittadino nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 162 del 24 febbraio 2023, per ciascun obiettivo, sono stati individuati:

- a) il direttore di macro-area, con funzione di coordinamento e responsabilità nel raggiungimento e l'unità organizzativa responsabile del processo;
- b) le unità organizzative coinvolte nel raggiungimento.

Gli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2023, riportati in un prospetto allegato al presente documento (allegato A), sono parte integrante del presente Documento di direttive.

Per quanto riguarda le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale, in attesa degli obiettivi per l'anno 2023, sono richiamati quelli dell'anno 2022.

Tali obiettivi sono riconducibili alle seguenti linee strategiche:

- A- Gestione Covid e post Covid;
- B- Attuazione della programmazione sanitaria;
- C- Trasparenza e comunicazione;
- D- Liste d'attesa;
- E- Bilancio e efficienza;
- F- Sistema informativo e sicurezza.

Nei prospetti allegati alla deliberazione del Direttore Generale n. 1287 del 10.11.2022 sono individuati il direttore responsabile di curarne il raggiungimento, il responsabile del processo e le strutture/unità operative coinvolte direttamente o indirettamente nel raggiungimento dell'obiettivo.

Le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale per l'anno 2022 sono riportate nel prospetto riepilogativo allegato al presente documento (allegato B).

Gli obiettivi di budget potranno essere integrati, anche in fase di negoziazione, con ulteriori obiettivi individuati dalla Regione oppure dalla direzione strategica o ancora da proposte dei singoli responsabili di struttura.

Le singole strutture sono chiamate ad operare su tutti gli obiettivi strategici riportati nella mappa. Gli obiettivi più rilevanti, in termini di valenza strategica e di impegno, vengono formalizzati come obiettivi di budget, monitorati e sottoposti a valutazione finale secondo le

procedure in essere. Questi ultimi concorrono all'erogazione delle quote di retribuzione di risultato e di produttività legate alla valutazione della performance organizzativa.

A ciascun obiettivo di budget negoziato con una struttura è associato un peso relativo ai fini della quantificazione del livello complessivo di raggiungimento degli obiettivi della struttura.

La tabella seguente individua gli obiettivi operativi da perseguire nel 2023 per ciascuna area strategica.

| Area strategica |                                                                                                                         | Obiettivo                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AS1             | Attuazione della programmazione regionale                                                                               | Adozione di tutte le misure necessarie al fine di rispettare gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto all'Azienda ULSS 1                                                      |
|                 |                                                                                                                         | Adeguamento dell'organizzazione aziendale secondo la programmazione regionale                                                                                                     |
|                 |                                                                                                                         | Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza"                                                                     |
|                 |                                                                                                                         | Tempestività nel dare risposta alla competente Commissione consiliare                                                                                                             |
|                 |                                                                                                                         | Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera                                                                                                                          |
|                 |                                                                                                                         | Attività correlate al perseguimento del PNRR                                                                                                                                      |
|                 |                                                                                                                         | Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 in merito allo sviluppo dei servizi territoriali. |
|                 |                                                                                                                         | Attivazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023                                                                                      |
|                 |                                                                                                                         | Mantenimento delle reti cliniche tempo dipendenti                                                                                                                                 |
| AS2             | Equilibrio economico, finanziario e patrimoniale e corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate | Implementazione del Percorso Attuativo della Certificabilità PAC                                                                                                                  |
|                 |                                                                                                                         | Sviluppo del sistema di Internal Auditing                                                                                                                                         |
|                 |                                                                                                                         | Governo del piano aziendale degli investimenti                                                                                                                                    |
|                 |                                                                                                                         | Rispetto della programmazione regionale sui costi e sull'equilibrio economico-finanziario                                                                                         |
|                 |                                                                                                                         | Perseguimento dell'efficienza finanziaria, con particolare riferimento al rispetto dei tempi di pagamento programmati e dei pagamenti                                             |
|                 |                                                                                                                         | Sviluppo della contabilità analitica in linea con il progetto regionale                                                                                                           |
|                 |                                                                                                                         | Gestione del patrimonio immobiliare disponibile e indisponibile (ricognizione, valorizzazione, alienazione, ...)                                                                  |
| AS3             | Governo dei tempi di attesa                                                                                             | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e all'erogazione delle prestazioni prescritte                 |
|                 |                                                                                                                         | Elaborazione di percorsi di appropriatezza prescrittiva e condivisione con tutti i prescrittori della specialistica ambulatoriale                                                 |
|                 |                                                                                                                         | Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero                                                                                  |
|                 |                                                                                                                         | Rispetto dei tempi di attesa per le certificazioni medico legali                                                                                                                  |

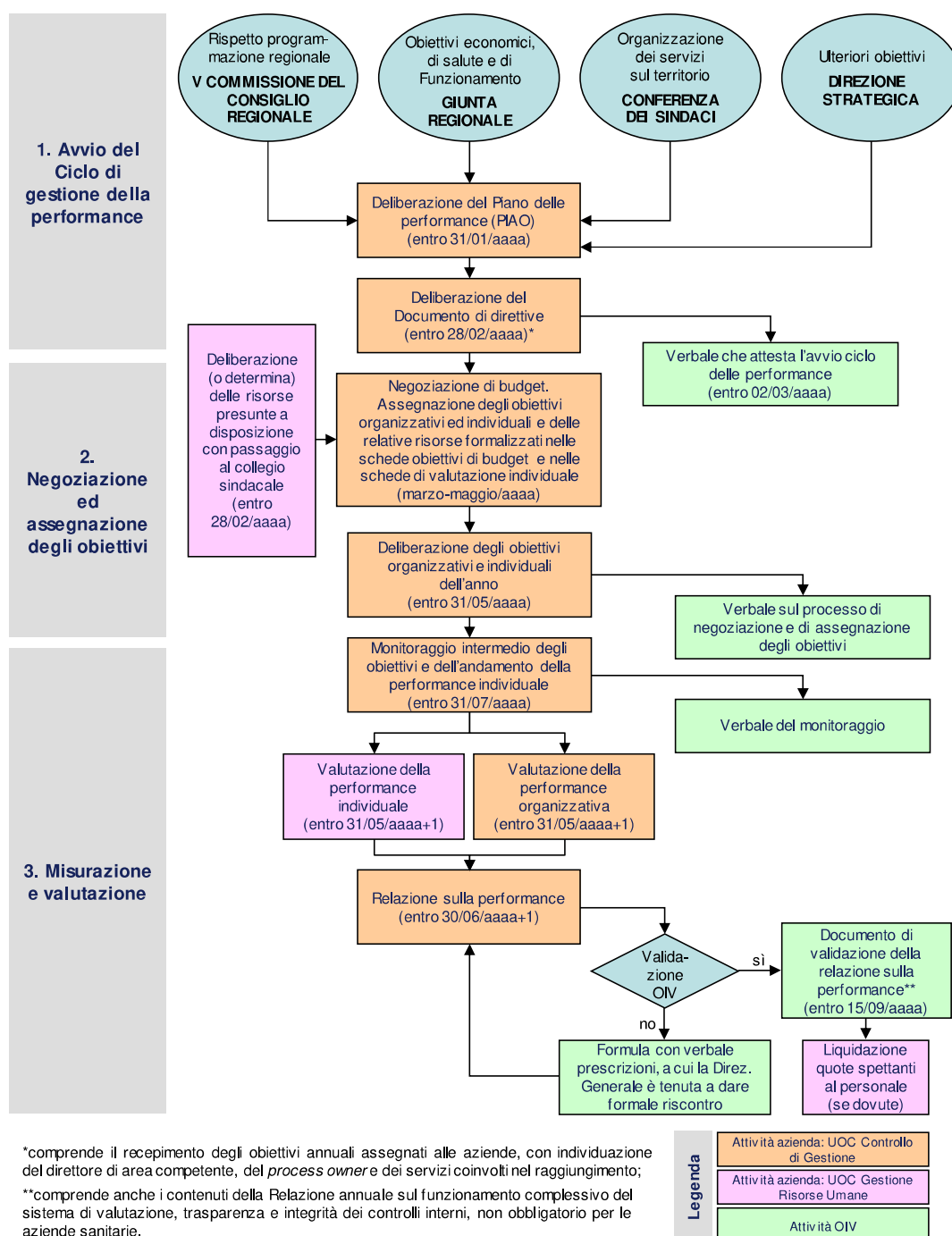
| Area strategica |                                                                                   | Obiettivo                                                                                                                            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AS4             | Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza                      | Garanzia dei LEA - Area prevenzione collettiva e sanità pubblica                                                                     |
|                 |                                                                                   | Garanzia dei LEA - Area Ospedaliera                                                                                                  |
|                 |                                                                                   | Garanzia dei LEA - Area Territoriale                                                                                                 |
|                 |                                                                                   | Erogazione delle prestazioni secondo gli standard previsti dal nuovo sistema di garanzia (NSG)                                       |
|                 |                                                                                   | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali                                                     |
|                 |                                                                                   | Prevenzione infortuni sul lavoro                                                                                                     |
|                 |                                                                                   | Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare                                                                                                 |
|                 |                                                                                   | Promozione di stili di vita sani                                                                                                     |
|                 |                                                                                   | Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni                                                                             |
|                 |                                                                                   | Rispetto degli standard di copertura per screening                                                                                   |
|                 |                                                                                   | Assicurare la copertura dell'assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) alla popolazione                                                 |
|                 |                                                                                   | Descrizione e monitoraggio dello stato di salute della popolazione                                                                   |
|                 |                                                                                   | Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI                                                                     |
| AS5             | Organizzazione aziendale, reingegnerizzazione dei processi e gestione del rischio | Attuazione e mantenimento del Sistema di Gestione della Sicurezza                                                                    |
|                 |                                                                                   | Applicazione del Ciclo gestione della performance                                                                                    |
|                 |                                                                                   | Prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità secondo L. 190/2012 e s.m.i.                                                  |
|                 |                                                                                   | Garanzia della sicurezza del paziente, degli operatori e dell'organizzazione e avvio di progetti di gestione del rischio clinico     |
|                 |                                                                                   | Ottimizzazione dell'uso della risorsa umana mantenendo gli standard di riferimento                                                   |
|                 |                                                                                   | Formazione e sviluppo delle competenze del personale                                                                                 |
|                 |                                                                                   | Monitoraggio del clima aziendale e sviluppo del benessere organizzativo                                                              |
|                 |                                                                                   | Sviluppo della telemedicina                                                                                                          |
|                 |                                                                                   | Tutela della Privacy secondo il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)                                                                     |
|                 |                                                                                   | Condivisione delle strategie tra gli ospedali dell'azienda                                                                           |
|                 |                                                                                   | Riorganizzazione dell'offerta residenziale extra ospedaliera                                                                         |
|                 |                                                                                   | Sviluppo dell'offerta di servizi nell'area famiglia e minori                                                                         |
|                 |                                                                                   | Attuazione politiche di prevenzione e riabilitazione in collaborazione con il terzo settore e Enti pubblici e privati del territorio |
|                 |                                                                                   | Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale                                                |
|                 |                                                                                   | Sviluppo di iniziative per il potenziamento dei servizi nell'area dipendenze                                                         |
|                 |                                                                                   | Sviluppo di iniziative per il potenziamento dei servizi nell'area disabilità                                                         |
|                 |                                                                                   | Gestione degli appalti relativi a lavori di manutenzione, servizi e forniture con controlli interni degli stessi                     |
|                 |                                                                                   | Promozione della donazione di organi e tessuti                                                                                       |
|                 |                                                                                   | Miglioramento del processo delle sperimentazioni cliniche                                                                            |

| Area strategica |                                                                                                                              | Obiettivo                                                                                                                                   |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AS6             | Miglioramento della qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni e umanizzazione dei servizi                       | Miglioramento della presa in carico dell'utente                                                                                             |
|                 |                                                                                                                              | Adozione di iniziative volte all'umanizzazione dei servizi                                                                                  |
|                 |                                                                                                                              | Miglioramento dell'appropriatezza                                                                                                           |
|                 |                                                                                                                              | Sviluppo della politica del farmaco e miglioramento appropriatezza prescrittiva                                                             |
|                 |                                                                                                                              | Attuazione percorsi miglioramento continuo della Qualità e sviluppo dei progetti di qualità percepita                                       |
|                 |                                                                                                                              | Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche                                                                     |
|                 |                                                                                                                              | Implementazione di nuove tecnologie                                                                                                         |
|                 |                                                                                                                              | Progettazione e valutazione del Piano di Zona                                                                                               |
|                 |                                                                                                                              | Attuazione di attività di sviluppo e coordinamento dei percorsi di Dimissione protetta in collaborazione con gli altri servizi territoriali |
|                 |                                                                                                                              | Coordinamento tra i servizi e miglioramento della continuità assistenziale ospedale-territorio                                              |
|                 |                                                                                                                              | Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze                                                                                   |
|                 |                                                                                                                              | Attuazione interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione                                                                         |
| AS7             | Consolidamento dell'identità aziendale e creazione di valore pubblico                                                        | Miglioramento degli esiti dell'assistenza                                                                                                   |
|                 |                                                                                                                              | Promozione di iniziative di comunicazione e informazione agli stakeholder aziendali                                                         |
|                 |                                                                                                                              | Comunicazione delle attività progettuali in essere ai partner di progetto e al pubblico                                                     |
|                 |                                                                                                                              | Realizzazione della piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità    |
|                 |                                                                                                                              | Avvio di strumenti di valutazione del valore pubblico e di valutazione partecipativa                                                        |
|                 |                                                                                                                              | Informare il personale dell'azienda sugli eventi più significativi                                                                          |
| AS8             | Sviluppo e adeguamento dei sistemi informativi aziendali e rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi | Sviluppo ed aggiornamento del sistema informativo/informatico aziendale                                                                     |
|                 |                                                                                                                              | Rispetto completezza e tempestività dei flussi regionali, compresi quelli che costituiscono i prerequisiti                                  |
|                 |                                                                                                                              | Avvio del Sistema informativo ospedaliero (SIO)                                                                                             |
|                 |                                                                                                                              | Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): ulteriori implementazioni                                                                            |
|                 |                                                                                                                              | Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata                                                                                     |
|                 |                                                                                                                              | Miglioramento dei livelli di sicurezza e protezione dei sistemi informatici                                                                 |
|                 |                                                                                                                              | Gestione e completezza dei dati delle schede GSRC (Gestionale Sinistri e Rischio Clinico)                                                   |

### 3. IL PROCESSO DI BUDGET

Con deliberazione del Direttore Generale n. 422 dell'11/04/2022, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, è stato adottato il nuovo Ciclo di gestione delle performance, che determina modalità, strumenti e tempi nella misurazione delle performance e nell'allocazione delle risorse incentivanti e al quale si rimanda.

Il ciclo di gestione delle performance avviene secondo le tempistiche presentate nel seguente diagramma di flusso, tratto dal regolamento "Il ciclo di gestione della performance".



## 4. CONCLUSIONI

Il Documento di direttive rappresenta la sintesi di tutte le strategie ed azioni che l'azienda intende mettere in atto durante l'esercizio corrente, nel rispetto di tutti i vincoli di contesto preordinati, al fine di perseguire determinati obiettivi di salute e di gestione.

Il presente documento costituisce pertanto un elemento fondante della vita aziendale, con particolare riferimento alla concertazione e definizione degli obiettivi di budget delle singole componenti dell'azienda stessa.

Per essere efficace, l'intero processo di programmazione aziendale deve essere partecipato: è essenziale che i responsabili delle singole strutture condividano questo approccio unitario utilizzando tutti gli strumenti, relazionali e gerarchici, per informare e coinvolgere costantemente i propri collaboratori.

Chi ricopre ruoli di direzione e di coordinamento deve anche svolgere una costante azione di motivazione, guida e sostegno dei collaboratori, agendo in prima persona per comunicare le strategie e gli obiettivi aziendali, gestire i processi, migliorare le interfacce organizzative e le relazioni con gli utenti, stimolare la competenza, l'autonomia e le responsabilità individuali, creando un ambiente che favorisca e valorizzi la crescita professionale.

Al tempo stesso ciascun collaboratore è chiamato a dare il proprio contributo ai risultati aziendali attraverso l'impegno costante e la partecipazione attiva.

## Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del servizio Sanitario regionale per l'anno 2023 (D.G.R.V. n. 1702/2022)

| LINEA STRATEGICA                                                 |                                                          |           |           |                                                                                                                                                                                           |                             |       |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|
|                                                                  | Cod. ob.                                                 | OBIETTIVO | Cod. Ind. | INDICATORE                                                                                                                                                                                | SOGLIA                      | punti |
| S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza |                                                          |           |           |                                                                                                                                                                                           |                             | 36    |
| S.1                                                              | Miglioramento dei tempi di attesa                        |           | S.1.D.1   | % prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)                                                                              | >20% rispetto al 31/12/2022 | 15,6  |
|                                                                  |                                                          |           | S.1.D.2   | % prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022                                                                                                                               | ≥ 60%                       | 6     |
|                                                                  |                                                          |           | S.1.O.1   | % DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici                                                                | ≥ 90%                       | 8,4   |
| S.2                                                              | Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera |           | S.2.O.1   | Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34                                                                                   | si (come da vademecum)      | 0,3   |
|                                                                  |                                                          |           | S.2.O.2   | Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022                                     | si (come da vademecum)      | 0,3   |
| S.3                                                              | Perseguimento PNRR M6                                    |           | S.3.O.1   | M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024                    | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.O.2   | M6 C2 intervento 1.2 Verso un OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T3 e T4 2023 e avanzamento attività T2 2026 PNRR-PNC | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.D.1   | M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023                                                         | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.D.2   | M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023                                                                               | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.D.3   | M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023                                                          | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.S.1   | Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico                                                                                                                                       | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.S.2   | Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP                                           | si (come da vademecum)      | 0,525 |
|                                                                  |                                                          |           | S.3.S.3   | Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt                                                                  | si (come da vademecum)      | 0,525 |
| S.4                                                              | Avvio Sistema Informativo Ospedaliero                    |           | S.4.S.1   | Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR                                                                                                          | si (come da vademecum)      | 1,2   |

| Cod. ob.                                                              | OBIETTIVO                                                 | Cod. Ind.      | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SOGLIA                                                                                                     | punti    |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza</b> |                                                           |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                            | <b>6</b> |
| A.1                                                                   | Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali | A.1.P.1        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1:<br>P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella                                                                                                                                                   | rispetto soglia nazionale: >=60%                                                                           | 0,42     |
|                                                                       |                                                           | A.1.P.2        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2:<br>P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)                                                                                                                                                               | rispetto soglia nazionale: >=95%                                                                           | 0,42     |
|                                                                       |                                                           | A.1.P.3        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 3:<br>A.P._P12Z_Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | rispetto soglia nazionale:<br>100% dei livelli minimi fissati dalla normativa                              | 0,42     |
|                                                                       |                                                           | A.1.P.4        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 4:<br>P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino                                         | rispetto soglia nazionale:<br>100% dei livelli minimi fissati dalla normativa                              | 0,42     |
|                                                                       |                                                           | A.1.D.1        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1:<br>D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico                                                                                         | rispetto soglia nazionale:<br><18                                                                          | 0,48     |
|                                                                       |                                                           | A.1.D.2        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2:<br>D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).                                                                                | rispetto soglia nazionale:<br><= 78,49                                                                     | 0,48     |
|                                                                       |                                                           | A.1.D.3        | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 3:<br>B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente                                                                                                                                                          | rispetto soglia nazionale:<br>>4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente | 0,48     |
|                                                                       |                                                           | A.1.O.1        | Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1:<br>H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno                                                                                                                                                                                                   | rispetto soglia nazionale:<br><= 15%                                                                       | 0,48     |
|                                                                       |                                                           | A.1.O.2        | Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2:<br>H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella                                                                                                                                   | rispetto soglia nazionale:<br><= 8%                                                                        | 0,48     |
|                                                                       |                                                           | A.1.O.3        | Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 3:<br>Volumi interventi di PTCA                                                                                                                                                                                                                                                         | rispetto soglia nazionale:<br>Volume >= 250 interventi annui                                               | 0,48     |
| A.2                                                                   | Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali   | <b>A.2.P.1</b> | <b>Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione:<br/>Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione</b>                                                                                                                                                                                                        | mantenimento o rispetto soglia nazionale                                                                   | 0,48     |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</i>                                                                                                                                                                                                                     | >=95%                                                                                                      |          |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)</i>                                                                                                                                                                       | >=95%                                                                                                      |          |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P14C - Indicatore composito sugli stili di vita</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | soglia determinata sulla base delle distribuzioni dei dati                                                 |          |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto</i>                                                                                                                                                                                                       | >=50%                                                                                                      |          |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina</i>                                                                                                                                                                                                   | >=50%                                                                                                      |          |
|                                                                       |                                                           |                | <i>P16C - Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza.</i>                                                                                                                                                         | ≤25%<br>se % di tumori con stadiazione è ignota > 20%:<br>punteggio = 0                                    |          |

| Cod. ob.                                                                | OBIETTIVO                                                                           | Cod. Ind. | INDICATORE                                                                                                                                                                                          | SOGLIA                                                                                                                        | punti                                    |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                                         |                                                                                     | A.2.D.1   | Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto:<br>Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto                                                                        | mantenimento o rispetto soglia nazionale                                                                                      | 0,48                                     |
|                                                                         |                                                                                     |           | D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco) | <= 343 per 100.000                                                                                                            |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite                                                                           | <= 109 per 100.000                                                                                                            |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso                                                                                                                                              | <= 18 minuti                                                                                                                  |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B                                                             | >= 90%                                                                                                                        |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici                                                                                                                     | > 4% o della media 3 migliori performance 2022                                                                                |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)                                                                                                                                      | CIA 1 ≥ 4,0 x 1.000;<br>CIA 2 ≥ 2,5 x 1.000;<br>CIA 3 ≥ 2,0 x 1.000                                                           |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche                                                                                          | <= 5%                                                                                                                         |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore                                                                          | >= 55%                                                                                                                        |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | A.2.O.1                                                                                                                                                                                             | Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale:<br>Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale | mantenimento o rispetto soglia nazionale |
|                                                                         |                                                                                     |           | H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti                                                                                                             | <= 140 per 1.000                                                                                                              |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario                                 | <= 15%                                                                                                                        |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni                                                                                             | >= 90%                                                                                                                        |                                          |
|                                                                         |                                                                                     |           | H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario                                                                 | >= 60%                                                                                                                        |                                          |
| dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari |                                                                                     |           |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               | 8,4                                      |
| E.1                                                                     | Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici | E.1.S.1   | Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023                                                                                                                 | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale                                                                                | 1,60                                     |
|                                                                         |                                                                                     | E.1.S.2   | Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023                                                                                                            | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale                                                                                | 1,00                                     |
|                                                                         |                                                                                     | E.1.S.3   | Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023                                                                                                                                        | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale                                                                                | 0,80                                     |
|                                                                         |                                                                                     | E.1.S.4   | Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023                                                                                                                | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale                                                                                | 0,6                                      |

| Cod. ob.                                                 | OBIETTIVO                                                                                   | Cod. Ind. | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SOGLIA                                                                                                                                                                                                                                                                   | punti      |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                          |                                                                                             | E.1.S.6   | Costi Sperimentazioni cliniche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ind.1: Valore complessivo fatture registrate in CRMS anno di riferimento > 80% rispetto questionario annuale di rendicontazione economica richiesto dalla Direzione Farmaceutica alle AS;<br>Ind.2: Studi con monitoraggio aggiornato > 80%                              | 0,30       |
| E.2                                                      | Rispetto dei vincoli di costo del personale                                                 | E.2.S.1   | Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale                                                                                                                                                                                                                           | 1,00       |
|                                                          |                                                                                             | E.2.S.2   | Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017 | Entro il 30/06/2023:<br>1) data chiusura contrattazione integrativa aziendale;<br>2) autodichiarazione di aver affrontato e definito le materie previste per il confronto;<br>3) estremi atto con cui si è data piena attuazione al sistema degli incarichi dirigenziali | 0,40       |
| E.3                                                      | Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi                          | E.3.S.1   | Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 1,5        |
| E.4                                                      | Efficientamento dei processi amministrativi                                                 | E.4.S.1   | Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | % pagato oltre i termini = 0%                                                                                                                                                                                                                                            | 0,18       |
|                                                          |                                                                                             | E.4.S.2   | Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ≤ 20 gg                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0,18       |
|                                                          |                                                                                             | E.4.S.3   | Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0,30       |
|                                                          |                                                                                             | E.4.S.4   | Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0,18       |
|                                                          |                                                                                             | E.4.S.6   | Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0,18       |
|                                                          |                                                                                             | E.4.S.7   | Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,18       |
| <b>Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza</b> |                                                                                             |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>9,6</b> |
| Q.1                                                      | Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023 | Q.1.P.1   | Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,3        |
|                                                          |                                                                                             | Q.1.P.2   | Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico                                                                                                                                                                                                                                                                         | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,3        |
|                                                          |                                                                                             | Q.1.P.3   | Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,18       |
| Q.2                                                      | Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target                                 | Q.2.P.1   | Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,3        |
|                                                          |                                                                                             | Q.2.P.2   | Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ≥80%                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0,3        |

| Cod. ob. | OBIETTIVO                                                                                             | Cod. Ind. | INDICATORE                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SOGLIA                                                                                                                                                                                                                                       | punti |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Q.3      | Estensione del programma di screening per HCV                                                         | Q.3.P.1   | Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti                                                                                                                                                                          | >=15%                                                                                                                                                                                                                                        | 0,3   |
| Q.4      | Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria | Q.4.P.1   | % di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021                           | 95%                                                                                                                                                                                                                                          | 0,18  |
| Q.5      | Sviluppo assistenza territoriale                                                                      | Q.5.D.1   | Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali                                                                                                                                                                                              | 1) entro 30/06/2023 invio nota organizzativa trasmessa alle strutture coinvolte;<br>2) entro il 31/01/2024 invio del numero di teleconsulti effettuati nel 2023                                                                              | 0,36  |
|          |                                                                                                       | Q.5.D.2   | % anziani >= 65 anni trattati in ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (soglia diversa tra Aziende ULSS; Calcolo a livello di Distretto)                                                                                                                                                                            | 0,48  |
|          |                                                                                                       | Q.5.D.3   | COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali                                                                                                                                                                                                                                 | si (come da vademecum)::<br>1) 31/07/2023: Monitoraggio COT;<br>2) 31/10/2023 adeguamento alla programmazione regionale;<br>3) 31/07/2023 (I sem.) e 31/01/2024 (II sem.) indicatori monitoraggio applicazione procedura dimissioni protette | 0,4   |
|          |                                                                                                       | Q.5.D.4   | Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale                                                                                                                                                        | si (come da vademecum):<br>1) effettuazione visite di accreditamento sul 100% delle strutture richiedenti;<br>2) rispetto tempistiche previste da eventuali prescrizioni per le strutture pubbliche (entro il 31/12/2023).                   | 0,4   |
|          |                                                                                                       | Q.5.D.5   | Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77                                                                                                                                                                                          | si (come da vademecum):<br>Predisposizione Piano Aziendale di sviluppo dei servizi territoriali e individuazione Responsabile Aziendale.                                                                                                     | 0,5   |
|          |                                                                                                       | Q.5.D.6   | Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%                                                                                                                                                           | si (come da vademecum):<br>Copertura popolazione - assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%                                                                                                                                               | 0,48  |
| Q.6      | Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali                                    | Q.6.T.1   | Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer                                                                                                                                                    | Partecipazione incontri >=70%                                                                                                                                                                                                                | 0,4   |
|          |                                                                                                       | Q.6.T.2   | Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda                                                                                                                                  | 100%<br>monitoraggio intermedio settembre e relazione finale dicembre                                                                                                                                                                        | 0,4   |
|          |                                                                                                       | Q.6.T.3   | Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini | < 10%                                                                                                                                                                                                                                        | 0,2   |
|          |                                                                                                       | Q.6.T.4   | Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini                                                                                                                                                              | si (come da vademecum):<br>invio schede complete:<br>15 luglio 2023 (1 semestre);<br>15/01/2024 (2 semestre).                                                                                                                                | 0,3   |
|          |                                                                                                       | Q.6.T.5   | D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti                                                                                                                                           | >41 per 1.000                                                                                                                                                                                                                                | 0,3   |

| Cod. ob.                                        | OBIETTIVO                                                                 | Cod. Ind. | INDICATORE                                                                                                                                                                 | SOGLIA                                                                                                                                                                                                                    | punti |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                 |                                                                           | Q.6.T.6   | Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA                                           | si (come da vademecum):<br>Scadenze invio schede rendiconto per Fondo Ministeriale Vincolato: 30 aprile 2023; 31 luglio 2023; 31 ottobre 2023; 31 gennaio 2024;<br>Scadenza scheda Quota finalizzata LEA: 31 gennaio 2024 | 0,18  |
| Q.8                                             | Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti                            | Q.8.O.1   | Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia                                                                                                      | >=20%                                                                                                                                                                                                                     | 0,3   |
|                                                 |                                                                           | Q.8.O.2   | STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero                                                                                | >65%                                                                                                                                                                                                                      | 0,3   |
| Q.9                                             | Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita | Q.9.O.1   | % di parti con almeno un evento avverso                                                                                                                                    | <=4%                                                                                                                                                                                                                      | 0,3   |
| Q.10                                            | Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico               | Q.10.O.4  | Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui                                    | si (come da vademecum):<br>>90%                                                                                                                                                                                           | 0,4   |
| Q.11                                            | Miglioramento della qualità del debito informativo                        | Q.11.S.1  | Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati                                                                            | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                    | 0,6   |
| Q.12                                            | Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie                         | Q.12.S.1  | Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM | ≥ 50%                                                                                                                                                                                                                     | 0,24  |
| Q.13                                            | Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici         | Q.13.S.1  | Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza                                                                                                      | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                    | 0,48  |
| Q.15                                            | Sviluppo dei progetti di qualità percepita                                | Q.15.S.1  | Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)                                                 | si (come da vademecum)                                                                                                                                                                                                    | 0,72  |
| Tot. punti di competenza della Giunta Regionale |                                                                           |           |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           | 60    |

**Obiettivi di competenza della Quinta Commissione consiliare per la valutazione dei Direttori Generali anno 2022**

| Codice Indicatore   | Descrizione Indicatore                                                                                                                   | Punti     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A</b>            | <b>Gestione Covid e post covid</b>                                                                                                       | <b>2</b>  |
| A2                  | Adozione del piano strategico-operativo aziendale                                                                                        | 1         |
| A3                  | Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19 e predisposizione reportistica                                                 | 1         |
| <b>B</b>            | <b>Attuazione della programmazione sanitaria</b>                                                                                         | <b>4</b>  |
| B1                  | Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) | 1,5       |
| B4                  | Relazione sullo stato di attuazione della Rete infettivologica                                                                           | 1         |
| B5                  | Definizione dei progetti per le realizzazione delle Case della Comunità                                                                  | 1,5       |
| <b>C</b>            | <b>Trasparenza e comunicazione</b>                                                                                                       | <b>2</b>  |
| C1                  | Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare                        | 1         |
| C2                  | Relazione sulle attività di relazione con il pubblico                                                                                    | 1         |
| <b>D</b>            | <b>Liste d'attesa</b>                                                                                                                    | <b>4</b>  |
| D1                  | Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo                             | 4         |
| <b>E</b>            | <b>Bilancio e efficienza</b>                                                                                                             | <b>4</b>  |
| E2                  | Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma                                                                 | 2         |
| E3                  | Rispetto delle disposizioni per l'anno 2022 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna                        | 2         |
| <b>F</b>            | <b>Sistema informtico e sicurezza</b>                                                                                                    | <b>4</b>  |
| F2                  | Implementazione gestione Cyber security                                                                                                  | 2         |
| F3                  | Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero                                                                             | 2         |
| <b>TOTALE punti</b> |                                                                                                                                          | <b>20</b> |