

REGIONE DEL VENETO



ULSS 1
DOLOMITI

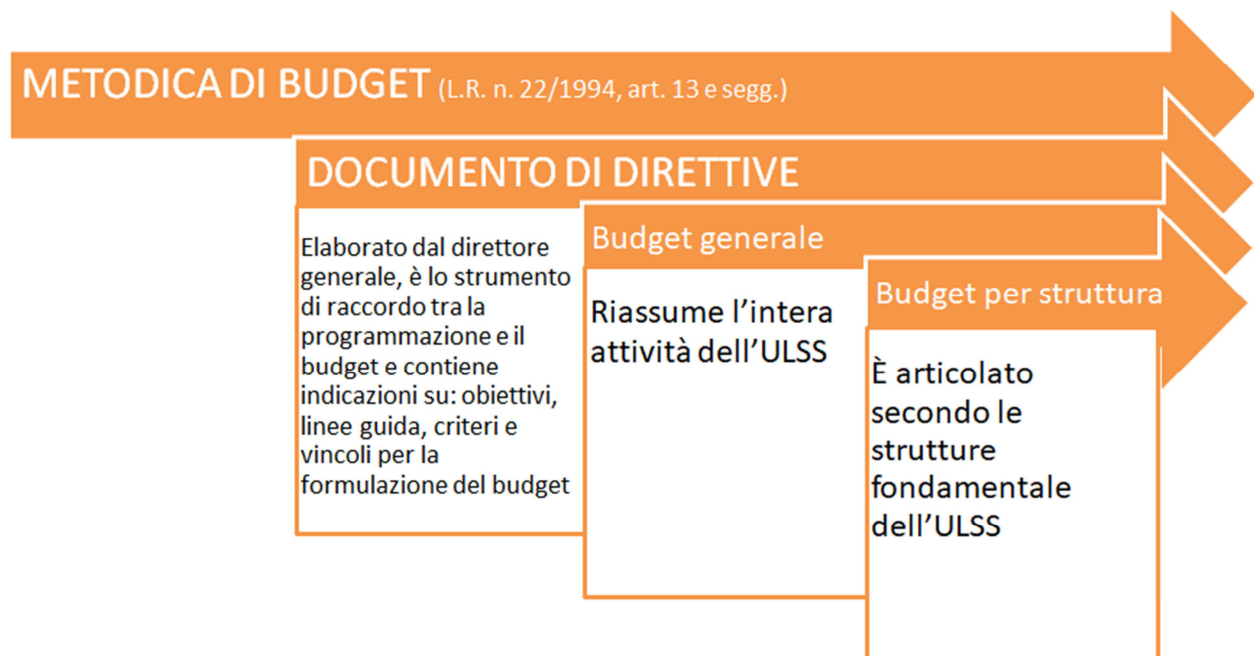
DOCUMENTO DI DIRETTIVE **per la formulazione del** **BUDGET 2024**

Sommario

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	GLI OBIETTIVI 2024.....	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 2024

Le aree strategiche individuate nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, adottato con deliberazione del direttore generale n. 91 del 30.01.2024, rappresentano le linee di orientamento nella definizione delle schede di budget.

Al fine di sviluppare il contenuto della programmazione regionale e aziendale, il PIAO 2024-2026 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. Miglioramento nell'accesso alle prestazioni e 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 2024-2026, sono stati individuati, per ciascuna area, gli obiettivi operativi da perseguire nel 2024.

Con la DGRV n. 1682/2023, la Giunta Regionale ha assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2024.

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. 82 del 25 gennaio 2024, 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 2024, 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, si fa riferimento alla comunicazione dei criteri per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende/Istituti del Servizio Sanitario Regionale per gli anni 2023 e 2024 di competenza della Quinta Commissione, prot. Consiglio regionale del Veneto n. 297270 del 1.06.2023, trasmesso con nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale prot. n. 0301949 del 5.06.2023.

Gli obiettivi assegnati sono riconducibili alle seguenti linee strategiche:

- A- Gestione Covid e post Covid;
- B- Attuazione della programmazione sanitaria e socio-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. 586 del 14.06.2023 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 2024 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 da perseguire nel 2024 per ciascuna area strategica.

Area strategica		Obiettivo
AS1	Attuazione della programmazione regionale	Adozione delle misure necessarie al fine di rispettare gli obiettivi assegnati dalla programmazione regionale
		Adeguamento dell'organizzazione aziendale alla 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
		Sviluppo dell'assistenza territoriale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 e secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento DM 77/2022
		Attuazione 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	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni e 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
		Sviluppo del modello della presa in carico del paziente, con particolare riferimento alle patologie oncologiche
		Rispetto dei tempi di attesa per le certificazioni medico legali

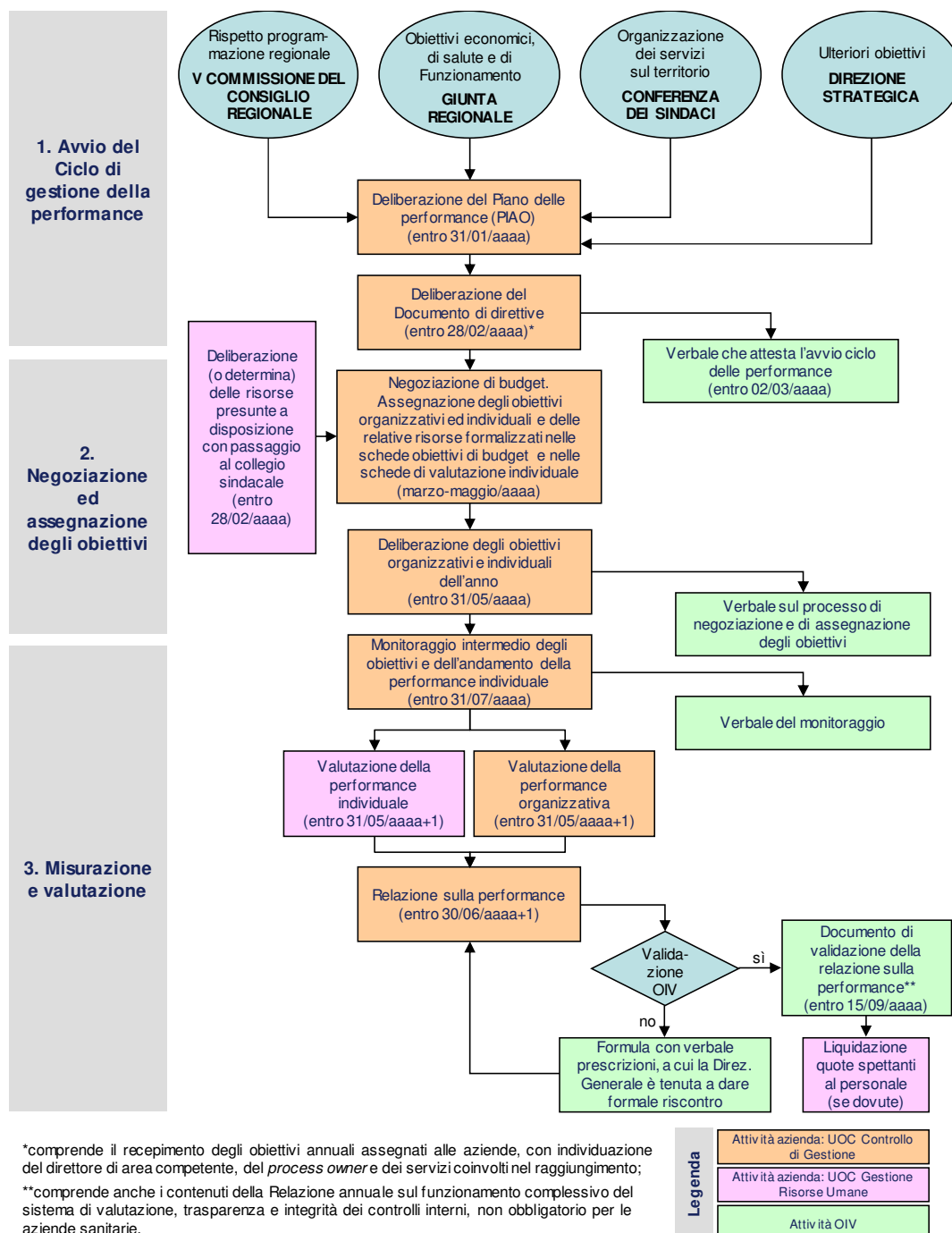
Area strategica		Obiettivo
AS4	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Garanzia dei LEA - Area prevenzione collettiva e sanità pubblica
		Garanzia dei LEA - Area Ospedaliera
		Garanzia dei LEA - Area Territoriale
		Erogazione delle prestazioni secondo gli standard previsti dal nuovo 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 e riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello.
		Assicurare la copertura dell'assistenza sanitaria di base 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 delle strategie di reclutamento del personale e dell'impiego 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, del teleconsulto e della telerefertazione
		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
		Incremento dell'efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie

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
		Miglioramento nella sorveglianza e nel contrasto dell'antimicrobico-resistenza e nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
		Attuazione percorsi miglioramento continuo della Qualità e sviluppo dei progetti di qualità percepita
		Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche
		Progettazione e valutazione del Piano di Zona
		Miglioramento dell'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali
		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
		Implementazione di nuove tecnologie
		Miglioramento negli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita
		Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera in tema di terapia del dolore e potenziare le cure palliative territoriali
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.

DOCUMENTO DI DIRETTIVE 2024 - Allegato A

Performance - Obiettivi 2024 assegnati con la DGRV 1682/2023

LINEA STRATEGICA					
AMBITO LEA					
Cod. Ob.	OBIEITIVO	Cod. Ind.	INDICATORE	SOGLIA	punti
Totale punti di competenza della Giunta Regionale					60
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza					24
S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	2
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	2
		S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	1,6
		S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	1,6
		S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	1,6
		S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	1,7
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	1,7
S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Investimenti edili in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	1,2
S.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	1,2
		S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	1,2
		S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	Si (come da vademecum)	1,2
		S.3.S.4	PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"	Si (come da vademecum)	1,2
		S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	1,2
		S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si (come da vademecum)	1,2
		S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	1,2
S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22	1,2
S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	1
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					12
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1: P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	rispetto soglia nazionale	1
			Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2: P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	rispetto soglia nazionale	1
		A.1.D.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1: D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	rispetto soglia nazionale	1
			Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2: Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	rispetto soglia nazionale	1
		A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1: H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	rispetto soglia nazionale	1
			Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2: H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	rispetto soglia nazionale	1
		A.1.O.2			

Cod. Ob.	OBIETTIVO	Cod. Ind.	INDICATORE	SOGLIA	punti
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1	Indicatore di mantenimento specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale	2
			P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella		
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina		
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon		
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella		
			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		
			P14C - Indicatore composito sugli stili di vita		
			P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)		
			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.		
			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		
		A.2.D.1	Indicatore di mantenimento specifico per ulss (vedi All A2) Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale	2
			D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA		
			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		
			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		
			D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite		
			D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso		
			D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B		
			D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)		
			D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche		
			D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore		
			D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)		
		A.2.O.1	Indicatore di mantenimento specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale	2
			H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiocirurgia)"		
			H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"		
			H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella		
			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		
			H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni		
			H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario		
			H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno		
			Candidati trapianto rene da donatore vivente		
			Segnalazione potenziali donatori di organo		
			Percentuale di opposizione alla donazione di cornee		
			PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute		
			PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)		
			PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)		
			Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni		
			Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)		
			H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche		

Cod. Ob.	OBIETTIVO	Cod. Ind.	INDICATORE	SOGLIA	punti
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari					9
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 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1
		E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1
		E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	1
E.2	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Si (come da vademecum)	1,4
E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.3.S.1	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 %	0,5
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	0,5
		E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	Si (come da vademecum)	1,4
E.4	Miglioramento dei processi sanitari	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	0,6
		E.4.S.2	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	Si (come da vademecum)	0,6
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza					15
Q.1	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	Q.1.P.1	Punteggio SPINCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	punteggio ottenuto dal questionario SPINCAR maggiore del punteggio medio nazionale	1
Q.2	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.2.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)	0,8
Q.3	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	Q.3.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Si (come da vademecum)	0,6
Q.4	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)	0,6
		Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	≥80%	0,6
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si (come da vademecum)	1,2
		Q.5.D.2	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)	≤= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	1,2
		Q.5.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)	0,6
		Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	1,2
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	Si (come da vademecum)	1,2
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)	0,6
Q.8	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.8.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	≤4%	0,8
Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)	1,2
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	Q.10.S.1	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	≤= 52,2% o in miglioramento	1,2
Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	0,6
Q.12	Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	Si (come da vademecum)	0,6
Q.13	Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	≥= 10%	1

DOCUMENTO DI DIRETTIVE 2024 - Allegato B

Obiettivi di competenza della Quinta Commissione consiliare per la valutazione dei Direttori Generali anno 2023-2024

Codice Indicatore	Descrizione Indicatore	Punti
A	Gestione Covid e post covid	1
A1	Sviluppo del piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)	1
B	Attuazione della programmazione sanitaria e socio-sanitaria	6
B1	Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)	1,5
B4	Garanzia del Servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale	2
B5	Stato di avanzamento dei progetti per le realizzazione delle Case della Comunità	1
B6	Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore "cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti"	2
C	Trasparenza e comunicazione	2
C1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	1
C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero	1
D	Liste d'attesa	4
D1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo	4
E	Bilancio e efficienza	4
E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	2
E3	Rispetto delle disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna	2
F	Sistema informtico e sicurezza	3
F2	Implementazione gestione Cyber security	2
F3	Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	1
TOTALE punti		20