



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000429  
DATA: 23/06/2025 14:21  
OGGETTO: Adozione della Relazione sulla Performance anno 2024.

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Toniolo Roberto in qualità di Direttore Generale  
Con il parere favorevole di Narne Elena - In sostituzione del Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Zuzzi Sandra - Direttore Amministrativo

Su proposta di Stefano Nicola - UOC CONTABILITÀ E CONTROLLI GESTIONALI che esprime  
parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [09]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale

### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000429_2025_delibera_firmata.pdf	Narne Elena; Nicola Stefano; Toniolo Roberto; Zuzzi Sandra	80E95F121409164A5E27C0EAC7A123672 DB520FFECE250722BA8F7CB13706D1F
DELI0000429_2025_Allegato1.pdf	Nicola Stefano	4E5D543DC8E1287FB13DBEDB1DA4805 AF8ED335B83A11DCD6507E78CC4568702



## DELIBERAZIONE

OGGETTO: Adozione della Relazione sulla Performance anno 2024.

### IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato quanto relazionato dal Direttore della UOS Programmazione e Controllo Direzionale, Dott. Stefano Nicola, responsabile del procedimento, che ha riferito quanto segue ed attestato la regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale in materia.

Nell'ambito dei principi generali introdotti dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto " *Attuazione della Legge 4 Marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", ogni pubblica amministrazione è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola e ai dipendenti.

Ai sensi dell'articolo 16 del sopracitato decreto legislativo, le regioni, anche per quanto concerne i propri enti, le amministrazioni del servizio sanitario nazionale e gli enti locali, adeguano i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 3, 4, 5 comma 2, articoli 7, 9 e 15, comma 1.

Con Deliberazione n. 140 del 16 febbraio 2016 la Giunta Regionale del Veneto ha approvato le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, coerentemente con il quadro normativo nazionale.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, come modificato dal D.Lgs n. 74/2017, le amministrazioni pubbliche valutano annualmente la performance organizzativa e individuale.

Nello spirito della normativa nazionale, la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, alla crescita delle competenze professionali ed al riconoscimento del merito individuale; inoltre, le amministrazioni pubbliche sono tenute a rendere trasparenti le informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

La misurazione e la valutazione della performance costituiscono momenti del ciclo di gestione della stessa, che le Amministrazioni sviluppano in modo coerente e coordinato con ciclo di programmazione e controllo.

In particolare, la normativa nazionale e regionale di riferimento stabilisce l'adozione da parte di ogni pubblica amministrazione di un documento di rendicontazione, denominato "Relazione sulla Performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.



Azienda Zero ha avviato il proprio ciclo della performance per l'anno 2024, in coerenza con la procedura del ciclo della performance vigente, con la Deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 31.01.2024 avente come oggetto "Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2024 - 2026 (PIAO) di Azienda Zero". Si ricorda che il Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021 n.113, ha introdotto un nuovo strumento di programmazione per le pubbliche amministrazioni: il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (di seguito PIAO), da presentare entro il 31 gennaio di ogni anno, con l'obiettivo di assorbire, razionalizzando in un'ottica di massima semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione a cui anche Azienda Zero deve ottemperare, incluso il Piano della Performance.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV), nominato con Decreto del Commissario n. 165 del 27.4.2018, modificato a seguito di rinuncia di uno dei componenti con Decreto del Commissario n. 188 del 25.5.2018, rinnovato con Deliberazione del Direttore Generale n. 482 del 15.7.2021, e successivamente sostituito con Decreto del Direttore Generale n. 512 del 06.08.2024, ha preso atto delle varie fasi del ciclo della performance, successive all'adozione del PIAO: avvio dell'iter di budgeting, condivisione ed assegnazione degli obiettivi interni alle singole unità organizzative, monitoraggio infra-annuale degli obiettivi, valutazione intermedia.

I risultati della performance organizzativa saranno illustrati all'OIV, unitamente ai risultati della performance individuale, nella prima seduta utile ai fini di consentire la validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'OIV stesso, secondo i termini di legge.

Pertanto, con il presente atto, si propone di approvare la Relazione sulla Performance riferita all'esercizio 2024 che esita con l'evidenziazione dei risultati della performance organizzativa ed individuale.

Si rappresenta che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio di Azienda Zero.

*VISTI:*

- la L. n. 190/2012;
- la L. n. 113/2021;
- il D.Lgs. n. 150/2009;
- il D.Lgs. n. 33/2013;
- il D.Lgs. n. 97/2016;
- il D.Lgs. n. 74/2017;
- il D.Lgs. n. 80/2021;
- la DGRV n. 140/2016;
- la DDG n. 165/2018;
  
- la DDG n. 188/2018;



- la DDG n. 482/2021;
- la DDG n. 41/2024;
- la DDG n. 512/2024.

Ritenuto di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza ed in base ai poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 18 del 26/02/2024;

#### DELIBERA

- 1) di prendere atto di quanto espresso in premessa che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di approvare la Relazione sulla Performance per l'anno 2024 (Allegato 1) che costituisce parte integrante del presente atto;
- 3) di trasmettere la Relazione sulla performance per l'anno 2024 all'OIV per i seguiti di competenza nel rispetto della normativa vigente;
- 4) di prendere atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio di Azienda Zero;
- 5) di dare atto, altresì, che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art 12 del D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 97/2016;
- 6) di incaricare l'UOC Affari Generali di pubblicare il presente provvedimento nell'Albo online di Azienda Zero.

REGIONE DEL VENETO



AZIENDA  
Z E R O

# RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

## ESERCIZIO 2024



*Azienda Zero - Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova*

*pec: [protocollo.azero@pecveneto.it](mailto:protocollo.azero@pecveneto.it)*

*Cod. Fisc. 05018720283 Codice Univoco Ufficio UF2ZJD P.IVA 05018720283*

<i>Premessa</i> .....	3
1. I principali risultati raggiunti .....	4
2. Analisi del contesto e delle risorse .....	7
a. Le Risorse economico finanziarie.....	7
b. Le Risorse Umane .....	11
3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa .....	16
a. La struttura organizzativa di Azienda Zero .....	16
b. La misurazione della performance strategica: livello di conseguimento degli obiettivi strategici triennali .....	1
c. La misurazione della performance organizzativa: conseguimento degli obiettivi annuali delle unità operative aziendali .....	4
4. La misurazione della performance individuale .....	16
a. Performance individuale personale del Comparto.....	17
b. Area Dirigenza sanitaria e Area Dirigenza PTA .....	20
Appendice – Schede di budget Consuntivo 2024.....	23

## Premessa

La Relazione annuale sulla performance è il documento attraverso il quale l'amministrazione rendiconta a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della performance deliberato l'anno precedente, evidenziando le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti registrati a consuntivo rispetto a quanto programmato.

La relazione è inoltre uno strumento di miglioramento gestionale in quanto l'azienda può ri-programmare obiettivi e risorse tenendo conto degli obiettivi raggiunti l'anno precedente e migliorando progressivamente i processi interni.

La relazione relativa all'anno 2024 di Azienda Zero è stata redatta tenendo conto delle indicazioni riportate nella DGRV n. 140 del 16.02.2016 "*Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*". *Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2).*

La relazione costituisce la conclusione e la rendicontazione del ciclo di gestione della performance aziendale dell'anno 2024, avviato con Deliberazione del Direttore Generale (DDG) n. 41 del 31.01.2024 "Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2024 - 2026 (PIAO) di Azienda Zero".

Si ricorda che il PIAO ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzando in un'ottica di massima semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione a cui anche Azienda Zero deve ottemperare, incluso il Piano della Performance.

Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, creato per poter semplificare gli adempimenti a carico degli enti, ma anche per adottare una logica integrata, rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. La sua realizzazione è probabilmente il modo migliore di dare un senso ai diversi piani non finanziari che ogni ente deve scrivere nel tempo.

## 1. I principali risultati raggiunti

Il ciclo della performance si è svolto regolarmente rispettando le attività e le relative scadenze. Quasi tutti gli obiettivi dell'anno sono stati raggiunti.

Gli obiettivi che risultano ancora critici sono il rispetto dei tempi per l'avvio e l'aggiudicazione delle gare, lo sviluppo di nuove piattaforme in ambito farmaceutico e del nuovo SIO. L'impegno richiesto sulle attività connesse alle iniziative PNRR ha inciso sul perseguimento degli altri obiettivi strategici di medio lungo periodo.

Di contro le attività previste dal PNRR sono state svolte secondo cronoprogramma, così come lo sviluppo di nuovi strumenti sul monitoraggio delle liste di attesa, della specialistica ambulatoriale in particolare. Su quest'ultimo fronte si sono raggiunti notevoli risultati.

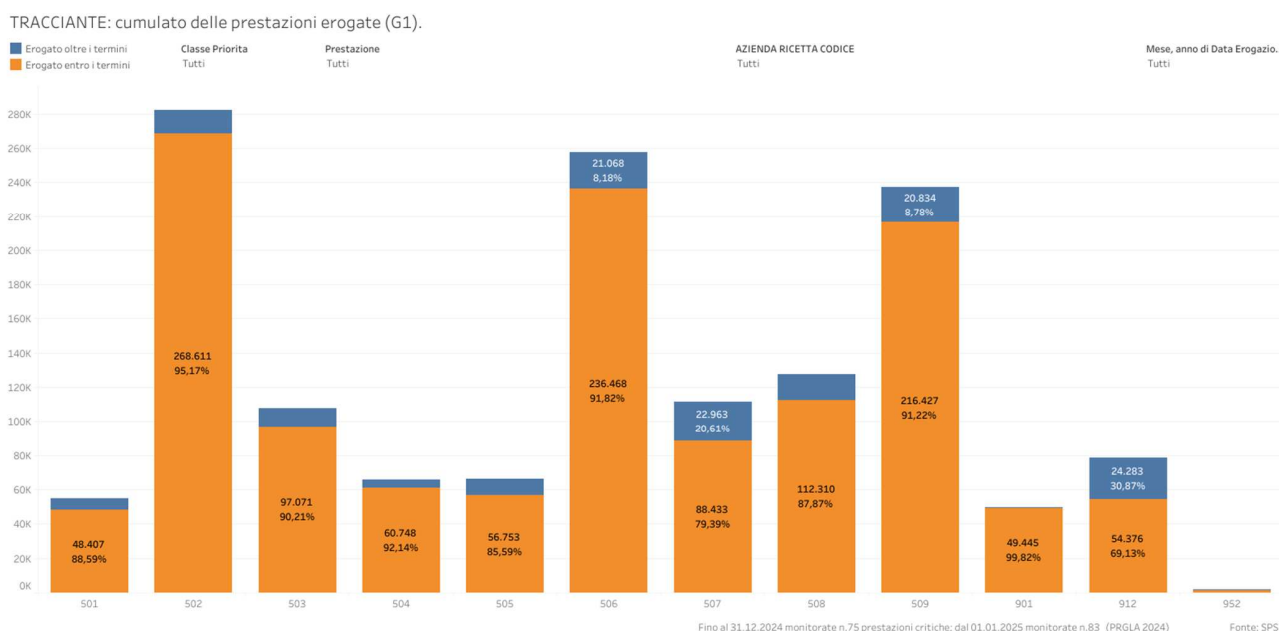


Fig.1 - Monitoraggio tempi di attesa prestazioni traccianti - Anno 2024

Azienda Zero anche nel corso del 2024 è stata significativamente impegnata nella attività per l'implementazione delle sette progettualità PNRR in ambito ICT, nello specifico:

- sistema informativo RIS - PACS per la diagnostica per immagini;
- sistema informativo per l'anatomia patologica (AP);
- sistema informativo LIS per la medicina di laboratorio;
- sistema informativo per la procreazione medicalmente assistita (PMA);

- sistema informativo per la medicina trasfusionale (SIT);
- sistema informativo per l'emergenza-urgenza 118;
- sistema informativo per la micro logistica di reparto (LOG).

Nel corso del 2024 si sono conclusi gli tutti gli avviamenti delle soluzioni Procreazione Medica Assistita e SUEM-118; tuttavia, per il pieno regime delle soluzioni, si proseguirà con le attività fino a fine PNRR per lo specifico investimento. Per quanto riguarda i progetti di Anatomia Patologica, Logistica, RIS PACS e Trasfusionale la conclusione è prevista entro il 2025.

La tabella che segue riporta lo stato avanzamento delle attivazioni, alla data del 31.12.2023, alla data del 31.12.2024

	RIS-PACS	AP	LIS	PMA	Logistica	SIT	SUEM-118
n° totale installazioni da effettuare	12	12	11	9	24	7	7
n° totale installazioni effettuate al 31/12/2023	0	1	1	4	1	0	3
%	0%	8%	9%	44%	4%	0%	43%
n° totale installazioni effettuate al 31/12/2024	4,5	9	3	9	12	1	7
%	38%	75%	27%	100%	50%	14%	100%

Tab.1 – Stato Avanzamento Progettualità PNRR in ambito ICT

Azienda Zero anche nel corso del 2024 è stata altresì impegnata nella attività per l'implementazione delle nuove funzionalità sul Fascicolo Sanitario Elettronico previste dal c.d. Decreto Fascicolo del 7 settembre 2023, che prevede il passaggio da un sistema regionale frammentato (FSE 1.0) a un modello nazionale interoperabile e standardizzato (FSE 2.0), in linea con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Di seguito si riportano i principali indicatori di utilizzo del FSE.

FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
FSE- funzioni implementate	1	5	2	3	-
nr. di utenti che hanno effettuato almeno un accesso al portale FSE cittadino	395.866	637.228	772.962	731.247	1.142.848
nr. di utenti hanno scaricato almeno un documento dal FSE	301.439	575.592	633.244	544.096	858.051

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
n. medici di base che hanno utilizzato il FSE (MMG e PLS che hanno scaricato/visualizzato almeno un documento dal FSE per i propri assistiti)	2.976	2.738	3.443	3390	3391
nr. di Documenti indicizzati (incluso Referti, Consensi, Certificati Vaccinali, etc.)	21.086.245	26.282.948	21.642.770	45.016.000	37.067.482
n. scelte MMG/PLS registrate da operatori di distretto o attraverso il portale sanità KM0 (cittadini)	701.106	811.525	864.375	820.530	817.071

Numerosi sono stati i nuovi cruscotti implementati o aggiornati: si è passati da 21 sistemi di reportistica del 2020 a 78 nel 2024.

Information and Communication Technology	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
n. cruscotti/sistemi di reportistica sviluppati a disposizione delle Direzioni Regionali e delle Aziende Sanitarie	21	26	41	49	78

In ambito gare, si riportano di seguito i principali indicatori rappresentativi dei volumi e del trend positivo mediamente positivo.

Gare centralizzate	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
N. procedure di gara avviate	33	37	87	94	100
N. procedure di gara aggiudicate	56	42	82	104	94
Valore economico procedure avviate	€ 5.020 mln	€ 1.859 mln	€ 3.186 mln	€ 3.785 mln	€ 5.674 mln
- di cui PNRR	0	0	€ 0.363 mln	0	€ 21 mln

Gare centralizzate	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Valore economico procedure aggiudicate	€ 1.272 mln	€ 4.966 mln	€ 3.245 mln	€ 6.522 mln	€ 3.048
- di cui PNRR	0	0	€ 0.323 mln	0	€ 21 mln
Durata media in mesi delle procedure di gara sopra soglia da programmazione ordinaria	n.d.	9 mesi e 6 giorni	9 mesi e 28 giorni	5 mesi e 11 giorni	4 mesi e 18 giorni
% gare sopra soglia bandite da Azienda Zero sul totale gare sopra soglia bandite dagli enti del SSR in Sintel	n.d.	n.d.	81%	85,19%	80,04%
% gare sulle categorie merceologiche DPCM 11 luglio 2018 bandite da Azienda Zero sul totale delle gare bandite sulle categorie merceologiche DPCM 11 luglio 2018 dagli enti del SSR in Sintel	n.d.	n.d.	98%	93,38%	98,59%

Una novità del 2024 riguarda i Service Level Agreement (SLA), i livelli minimi di servizio che Azienda Zero è tenuta ad erogare nei confronti di Regione del Veneto. I SLA sono stati introdotti con DDR n.73 del 29/12/2023 e regolati dal DDR n. 32 del 10/05/2024 e, in gran parte, misurati per la prima volta nell'anno 2024 con buoni risultati.

## 2. Analisi del contesto e delle risorse

Al fine di delineare il contesto in cui si è svolto il ciclo della performance 2024 si riportano i principali dati del conto economico e dello stato patrimoniale relativi all'anno 2024, riportando le principali voci di costo e soffermandosi sulle risorse umane, principale "fattore produttivo" da cui dipende il raggiungimento degli obiettivi di Azienda Zero.

### a. Le Risorse economico finanziarie

L'attività di Azienda Zero, in virtù delle funzioni attribuite dalla Legge Regionale istitutiva nonché dai successivi provvedimenti regionali integrativi (come da ultimo la revisione dell'atto aziendale), può essere suddivisa in quattro filoni:

- l'attività richiesta da atti e dai provvedimenti adottati da Area Sanità e Sociale afferenti al perimetro sanitario (GSA);
- attività svolta per il sociale (fuori ambito sanitario);
- attività svolta per gli enti del Servizio Sanitario Regionale;
- attività per il proprio funzionamento.

Il bilancio di esercizio, pur nella sua unicità, trova al proprio interno, separata evidenza e rilievo contabile di questi quattro filoni.

Le attività relative ai primi due filoni (denominati “trasferimenti” e “fuori perimetro”) vengono svolte su indicazioni regionali mentre il terzo ed il quarto sono la parte gestionale di Azienda Zero (denominata “gestione”).

Si riporta di seguito il Conto Economico a valore aggiunto e valore della produzione. Trattasi del prospetto economico del bilancio complessivo di Azienda Zero, dato dalla “sommatoria” delle differenti gestioni in precedenza elencate.

ANNO: 2024

CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO RICLASSIFICATO A VALORE AGGIUNTO		000	VALORE %
<b>A</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>1.301.878.497,62</b>	
A.1	AA0010 (A.1) Contributi in c/esercizio)	818.972.001,12	63%
A.2	AA0240 (A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti)	(10.861.984,02)	-1%
A.3	AA0270 (A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi	239.995.757,83	18%
A.4	AA0320 (A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria)	2.268.457,00	0%
A.5	AA0750 (A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi)	250.715.530,49	19%
A.6	AA0940 (A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	-	
A.8	AA1050 (A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni)	-	
A.9	AA1060 (A.9) Altri ricavi e proventi)	788.735,20	0%
<b>B</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>693.597.418,54</b>	
B.1	BA0020 (B.1.A) Acquisti di beni sanitari)	219.882.663,70	32%
B.2	BA0310 (B.1.B) Acquisti di beni non sanitari)	41.259,42	0%
B.3	BA0400 (B.2.A) Acquisti servizi sanitari)	198.948.461,49	29%
B.4	BA1560 (B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari)	80.133.180,41	12%
B.5	BA1910 (B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata))	96.099,41	0%
B.6	BA1990 (B.4) Godimento di beni di terzi)	269.383,88	0%
B.7	BA2500 (B.9) Oneri diversi di gestione)	821.946,56	0%
B.8	BA2660 (B.13) Variazione delle rimanenze)	193.404.423,67	28%
<b>C</b>	<b>VALORE AGGIUNTO (A-B)</b>	<b>608.281.079,08</b>	
D	BA2080 (Totale Costo del personale)	17.817.711,05	3%
<b>E</b>	<b>EBITDA o MARGINE OPERATIVO LORDO o MARGINE SANITARIO LORDO (C-D)</b>	<b>590.463.368,03</b>	
<b>F</b>	<b>AMMORTAMENTI, SVALUTAZIONI E ACCANTONAMENTI</b>	<b>246.595.106,10</b>	<b>36%</b>
F.1	BA2570 (B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali)	10.660.824,77	2%
F.2	BA2580 (B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali)	435.283,30	0%
F.3	BA2630 (B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti)	-	
F.4	BA2690 (B.14) Accantonamenti dell'esercizio)	235.498.998,03	34%
<b>G</b>	<b>EBIT o REDDITO OPERATIVO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA o MSN (E-F)</b>	<b>343.868.261,93</b>	<b>0,79</b>
<b>H</b>	<b>RISULTATO DELLA GESTIONE EXTRACARATTERISTICA</b>	<b>1.612,83</b>	<b>0%</b>
H.1	CZ9999 (Totale proventi e oneri finanziari (C))	1.612,83	100%
H.2	DZ9999 (Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D))	-	
<b>J</b>	<b>EZ9999 (Totale proventi e oneri straordinari (E))</b>	<b>93.918.566,75</b>	<b>21%</b>
<b>K</b>	<b>RISULTATO OPERATIVO DELLA GESTIONE AZIENDALE (G+H+J)</b>	<b>437.788.441,51</b>	
I	YZ9999 (Totale imposte e tasse)	1.194.771,18	
<b>L</b>	<b>RISULTATO ECONOMICO ANTE STERILIZZAZIONI (K-I)</b>	<b>436.593.670,33</b>	
A.7	AA0980 (A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio)	10.341.721,98	1%
<b>M</b>	<b>UTILE (PERDITA) DI ESERCIZIO (L+A.7)</b>	<b>446.935.392,31</b>	

Tab.2 - Conto Economico a valore aggiunto e valore della produzione

Di seguito viene riportato lo Stato Patrimoniale riclassificato in base al criterio finanziario, sempre con riferimento all'intero bilancio aziendale.

ANNO: 2024

STATO PATRIMONIALE CONSOLIDATO RICLASSIFICATO CON CRITERIO FINANZIARIO		000	VALORE %
<b>1</b>	<b>LIQUIDITA'</b>	<b>3.683.432.562,66</b>	<b>98%</b>
<b>1.1</b>	<b>LIQUIDITA' IMMEDIATE</b>	<b>3.280.414.310,96</b>	<b>89%</b>
1.1.1	ABA720 (B.III) ATTIVITA' FINANZIARIE CHE NON COSTITUISCONO IMMOBILIZZAZIONI)	-	
1.1.2	ABA750 (B.IV) DISPONIBILITA' LIQUIDE)	3.280.414.310,96	100%
<b>1.2</b>	<b>LIQUIDITA' DIFFERITE</b>	<b>403.018.251,70</b>	<b>11%</b>
1.2.1	Crediti entro 12 mesi (della voce B.II SP ATTIVO)	402.976.646,16	100%
1.2.2	ACZ999 (C) RATEI E RISCONTI ATTIVI)	41.605,54	0%
<b>2</b>	<b>DISPONIBILITA' (VOCE B.I, SP ATTIVO)</b>	<b>73.821.204,50</b>	<b>2%</b>
2.1	ABA010 (B.I.1) Rimanenze beni sanitari)	73.821.204,50	100%
2.2	ABA110 (B.I.2) Rimanenze beni non sanitari)	0,00	0%
<b>3</b>	<b>ATTIVO CORRENTE (1+2)</b>	<b>3.757.253.767,16</b>	<b>76%</b>
<b>4</b>	<b>ATTIVO IMMOBILIZZATO</b>	<b>1.214.997.343,27</b>	<b>24%</b>
4.1	AAA000 (A.I) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI)	53.699.453,29	4%
4.2	AAA270 (A.II) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI)	1.854.171,36	0%
4.3	AAA640 (A.III) IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE)	12.000,00	0%
4.4	Crediti oltre 12 mesi (della voce B.II SP ATTIVO)	1.159.431.718,62	95%
<b>5</b>	<b>TOTALE IMPIEGHI o CAPITALE INVESTITO (3+4)</b>	<b>4.972.251.110,43</b>	
<b>6</b>	<b>PASSIVO CORRENTE</b>	<b>2.884.558.954,17</b>	<b>58%</b>
6.1	PBZ999 (B) FONDI PER RISCHI E ONERI)	1.634.346.023,88	57%
6.2	Debiti entro 12 mesi (Voce D, SP PASSIVO)	1.250.212.930,29	43%
6.3	PEZ999 (E) RATEI E RISCONTI PASSIVI)	(0,00)	0%
<b>7</b>	<b>PASSIVO CONSOLIDATO</b>	<b>1.371.106.773,05</b>	<b>28%</b>
7.1	Debiti oltre 12 mesi (Voce D, SP PASSIVO)	1.371.106.773,05	100%
7.2	PCZ999 (C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO)	-	
<b>8</b>	<b>PAZ999 (A) PATRIMONIO NETTO</b>	<b>716.585.383,21</b>	<b>14%</b>
8.1	PAA000 (A.I) FONDO DI DOTAZIONE)	11.237.210,48	2%
8.2	PAA010 (A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI)	256.183.264,67	36%
8.3	PAA100 (A.III) RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI)	20.000,00	0%
8.4	PAA110 (A.IV) ALTRE RISERVE)	2.209.515,75	0%
8.5	PAA170 (A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE)	-	
8.6	PAA210 (A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO)	-	
8.7	PAA220 (A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO)	446.935.392,31	62%
<b>9</b>	<b>TOTALE FONTI DI FINANZIAMENTO (6+7+8)</b>	<b>4.972.251.110,43</b>	
<b>10</b>	<b>CAPITALE DI TERZI (6+7)</b>	<b>4.255.665.727,22</b>	<b>86%</b>

Tab.2- Stato Patrimoniale riclassificato in base al criterio finanziario

L'andamento economico, patrimoniale e finanziario di Azienda Zero nel 2024, come riportato nella Relazione sulla Gestione allegato al bilancio di esercizio, si può sintetizzare nei seguenti punti chiave:

### 1. Andamento Economico

L'analisi economica evidenzia una gestione equilibrata con un risultato di esercizio positivo.

Le principali voci di spesa sono:

- Costi per il personale: in crescita dai 12,87 milioni di euro del 2020 a 17,8 milioni di euro nel 2024, dovuto a nuovi contratti collettivi e incremento degli organici.
- Acquisti di beni sanitari: la spesa per dispositivi medici e farmaci gestiti in Distribuzione Per Conto (DPC) ha raggiunto circa 216 milioni di euro nel 2024, con 8,2 milioni di confezioni movimentate.
- Servizi non sanitari (in particolare ICT): 52,6 milioni di euro, in aumento rispetto al 2023, con un forte investimento in digitalizzazione e infrastrutture tecnologiche (+59% rispetto al 2022).

I ricavi provengono in gran parte da contributi regionali per servizi sanitari e supporto tecnico-amministrativo agli enti del SSR.

### 2. Andamento Patrimoniale

Il patrimonio netto si mantiene stabile, con una gestione attenta degli investimenti e della struttura patrimoniale.

Gli investimenti sono focalizzati su:

- Progetti ICT e digitalizzazione (es. FSE 2.0).
- Ammodernamento tecnologico ospedaliero (Piano PNRR).
- Rafforzamento della logistica sanitaria.

Nessuna esposizione eccessiva verso debiti a medio-lungo termine, e buon equilibrio tra attivo e passivo.

### 3. Andamento Finanziario

La liquidità aziendale è risultata adeguata a sostenere i pagamenti, con particolare riguardo alla tempestività nei confronti dei fornitori (tutte le fatture pagate nei tempi di legge).

I flussi finanziari sono prevalentemente legati alla GSA (Gestione Sanitaria Accentrata), con gestione dei trasferimenti regionali destinati alla sanità.

Non si segnalano criticità di cassa, e la gestione finanziaria è coerente con la missione pubblica dell'Ente.

Di seguito le principali metriche ed indicatori di bilancio.

Indicatore	Valore	Descrizione
<b>Valore aggiunto</b>	+608 mln €	Pari al 47% del valore della produzione; misura la ricchezza generata dall'azienda.
<b>EBITDA</b>	+590 mln €	Risultato prima di interessi, imposte, ammortamenti e accantonamenti; misura la redditività operativa lorda.
<b>EBIT</b>	+344 mln €	Utile operativo netto; rappresenta il risultato della sola gestione caratteristica.
<b>Risultato d'esercizi</b>	+447 mln €	Utile netto, in grado di coprire le perdite delle aziende sanitarie.
<b>Attivo corrente</b>	3,7 mld €	Include 3,3 mld € di disponibilità liquide, 403 mln € di crediti, 73 mln € di scorte.
<b>Passivo corrente</b>	2,8 mld €	Composto da 1,6 mld € di fondi rischi/oneri e 1,2 mld € di debiti correnti.
<b>Patrimonio Netto + Debiti M/L termine</b>	> Attivo immobilizzato	Ottimo indice di copertura finanziaria dell'attivo immobilizzato.
<b>Investimenti 2024</b>	33,9 mln €	In crescita (+14,6 mln € rispetto al 2023), in particolare in digitalizzazione e ICT.
<b>Indice di tempestività pagamenti</b>	~45 giorni in anticipo	Ottima capacità di rispetto dei termini di pagamento ai fornitori.

Tab.3 – Principali indicatori di bilancio 2024

## b. Le Risorse Umane

Il personale è tra le voci di costo più significative del bilancio aziendale. Nel seguente prospetto sono esposti i costi sostenuti da Azienda Zero per personale dipendente nel periodo 2020-2024 (espressi in migliaia di euro).

I costi complessivi per il personale dipendente passano dai 12.870 del 2020 ai 17.818 mln di euro del 2024. Su tale aumento tra gli anni incide sia la sottoscrizione del CCNL delle aree contrattuali del Comparto (02/11/2022), Dirigenza Sanitaria (23/01/2024) e Dirigenza PTA (16/07/2024), sia, in particolare, l'incremento delle unità di personale nel periodo considerato.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

BILANCIO (migliaia di euro)		2020	2021	2022	2023	2024	Δ 2022-2023	Δ 2023-2024
Totale personale	Costo del	€12.870	€15.662	€17.113	€17.083	€17.818	-€ 30	€ 735
Personale sanitario	del ruolo	€4.022	€4.337	€4.668	€4.571	€4.471	-€ 97	-€ 100
Personale professionale	del ruolo	€445	€503	€372	€454	€570	€ 82	€ 116
Personale tecnico	del ruolo	€1.917	€2.221	€2.616	€2.675	€3.048	€ 59	€ 373
Personale amministrativo	del ruolo	€6.485	€8.601	€9.457	€9.383	€9.729	-€ 74	€ 346
<b>TOTALE</b>								

Tab.4 Costi sostenuti da Azienda Zero per personale nel periodo 2020-2024 (espressi in migliaia).

Durante tutto l'anno, Azienda Zero ha continuato ad espletare procedure concorsuali, alcune delle quali finalizzate anche all'assunzione di personale presso Azienda Zero, oltre alle assunzioni intervenute da procedure di mobilità, che hanno consentito l'acquisizione di unità di personale del comparto e della dirigenza.

Alcuni dati di sintesi rispetto alla composizione del personale dipendente e non dipendente sono riportati nelle tabelle e grafici che seguono e che illustrano la fotografia al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

Personale di Azienda Zero	2020	2021	2022	2023	2024
tempo indeterminato	219	272	269	270	282
tempo determinato	4	1	1	1	1
contratto formazione lavoro	0	0	1	2	6
tempo determinato-finanziato	0	0	0	2	
comandi in entrata	19	6	5	1	1
borsa di studio	3	3	4	2	3
<b>Totale</b>	<b>245</b>	<b>282</b>	<b>280</b>	<b>278</b>	<b>293</b>

Tab.5 Distribuzione personale di Azienda Zero per tipo contratto anni 2020-2024.

Di tutto il personale in Azienda Zero, il 66,21% sono donne, il rimanente 33,79% uomini. Il 96% del personale del comparto a tempo indeterminato è a tempo pieno.

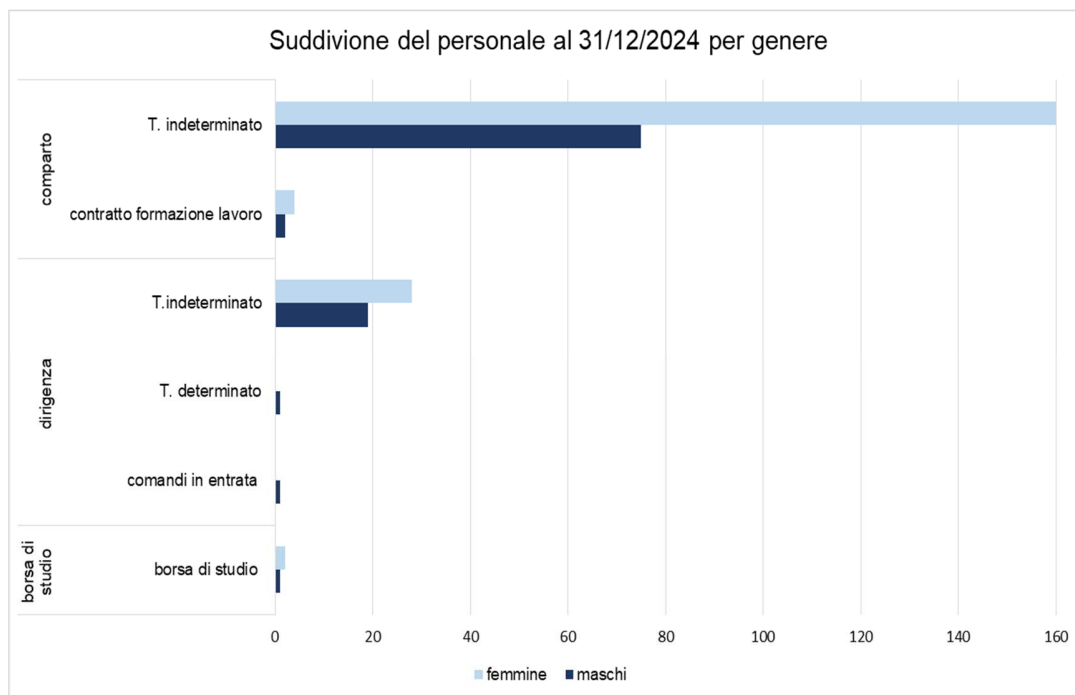


Fig.2 – Distribuzione personale Azienda zero per genere

Un modo differente da quello “contabile” di rappresentare il ruolo di Azienda Zero è quantificare il contributo del personale per i principali attori del sistema, ovvero:

- Area Sanità e Sociale/Regione del Veneto;
- le Aziende sanitarie;
- Azienda Zero per il proprio funzionamento.

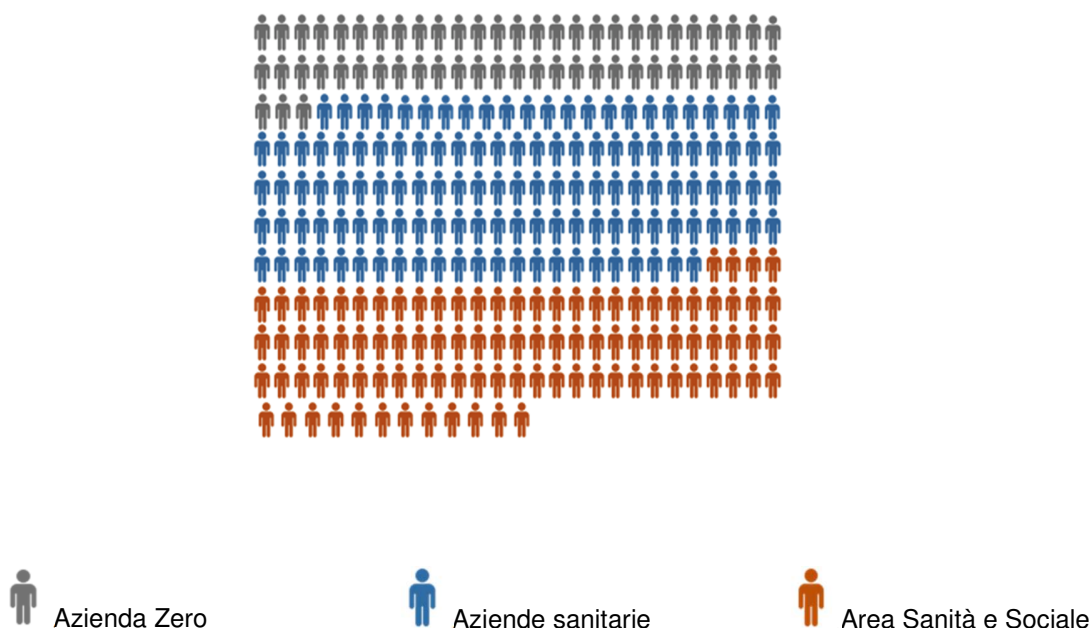


Fig.3 - Rappresentazione del personale di Azienda Zero per "cliente" - anno 2024

Dalla rappresentazione emerge chiaramente come gran parte dell'impegno del personale aziendale sia rivolto per il sistema sanitario, inteso sia come aziende sanitarie che Area Sanità e Sociale. Circa 1 dipendente su 5 (il 20% circa del totale) svolge un'attività per il funzionamento e mantenimento proprio di Azienda Zero. Un dipendente su due (il 45%) è impegnato in attività a favore delle aziende sanitarie, il rimanente 35% (circa 100 unità di personale in totale) è stato impegnato per svolgere attività su specifico mandato e/o a supporto di Area Sanità e Sociale.

Le principali attività rientranti all'interno della classificazione "funzionamento proprio di Azienda Zero" sono:

- Reclutamento e gestione economico-giuridica del personale di Azienda Zero;
- Gestione documentale aziendale e degli atti amministrativi interni;
- Gestione degli aspetti amministrativi interni inerenti la privacy;
- Gestione delle procedure amministrative e contabili legate al conferimento dell'incarico ai patrocinatori dell'Azienda, oltre all'adempimento degli obblighi di trasparenza allo stesso connessi;
- Programmazione ed espletamento gare per acquisizione di beni e servizi aziendali in qualità di stazione appaltante individuale;

- Stipula e gestione dei contratti aziendali;
- Gestione degli aspetti contabili e fiscali di Azienda Zero;
- Ciclo della performance aziendale, organizzativa ed individuale;
- Gestione della sede aziendale, degli spazi logistici nonché del materiale e della tecnologia a supporto dell'attività degli uffici aziendali.

Lo SLA quale strumento volto a formalizzare, tra fornitore e cliente, il livello minimo accettabile di servizio, determinato mediante indicatori oggettivi, il ruolo di "fornitore" è attribuito ad Azienda Zero, mentre la funzione di "cliente" è ricoperta dall'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto; i destinatari finali dei servizi sono le Aziende Sanitarie e, in ultima istanza, i cittadini beneficiari delle prestazioni del Servizio Socio Sanitario Regionale. Lo SLA si pone l'obiettivo di definire parametri oggettivi per il monitoraggio della qualità dei servizi erogati e di disciplinare le modalità di interazione tra Azienda Zero e la Direzione Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto. Gli indicatori, in base alla relativa competenza, sono stati riportati nelle apposite sezioni del documento.

### 3. Misurazione e valutazione della performance organizzativa

La misurazione e valutazione della performance organizzativa per l'anno 2024 deve leggersi su più livelli, collegati tra loro a cascata:

- i risultati ottenuti rispetto i target annuali degli obiettivi triennali riportati nel Piano della Performance;
- i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi annuali, ovvero della performance raggiunta delle singole articolazioni organizzative (riportati nelle schede di budget di ogni singola UOC) inclusi gli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale e dalla V Commissione Consiliare;
- la valutazione complessiva della performance organizzativa rispetto al contesto.

Nei paragrafi seguenti si illustreranno i risultati conseguiti in ciascun ambito, dopo aver rappresentato la struttura di azienda Zero, al fine di cogliere meglio il contesto in cui il ciclo della performance si è svolto ed i criteri con cui sono stati assegnati gli obiettivi di budget alle strutture operative.

#### a. La struttura organizzativa di Azienda Zero

Gli organi di Azienda Zero, al pari delle altre aziende sanitarie, sono il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione.

Nel corso del 2021, su richiesta della Giunta Regionale (DGR 1129/2021) è stata predisposta una proposta di nuovo atto aziendale e trasmessa ufficialmente ad Area Sanità e Sociale con nota prot. n. 28728 del 29.10.2021.

L'atto aziendale è stato poi adottato con deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 30 del 23/01/2023 ed è stato approvato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto n. 9 del 8/2/2023.

L'organizzazione di Azienda Zero è tesa al concreto perseguimento degli obiettivi e delle finalità indicate all'art. 2 della L.R. n. 19/2016, ma non solo, come riportato nei seguenti paragrafi.

Azienda Zero è configurata secondo un modello organizzativo matriciale risultante dall'unione del modello gerarchico tradizionale, in cui le attività dell'organizzazione vengono suddivise per aree in ragione della loro omogeneità (es. acquisti, informatica, gestione risorse umane) e il modello organizzativo "funzionale", in cui le attività vengono suddivise in base a variabili quali processi, tipologie di clienti o linee di prodotto/servizio.

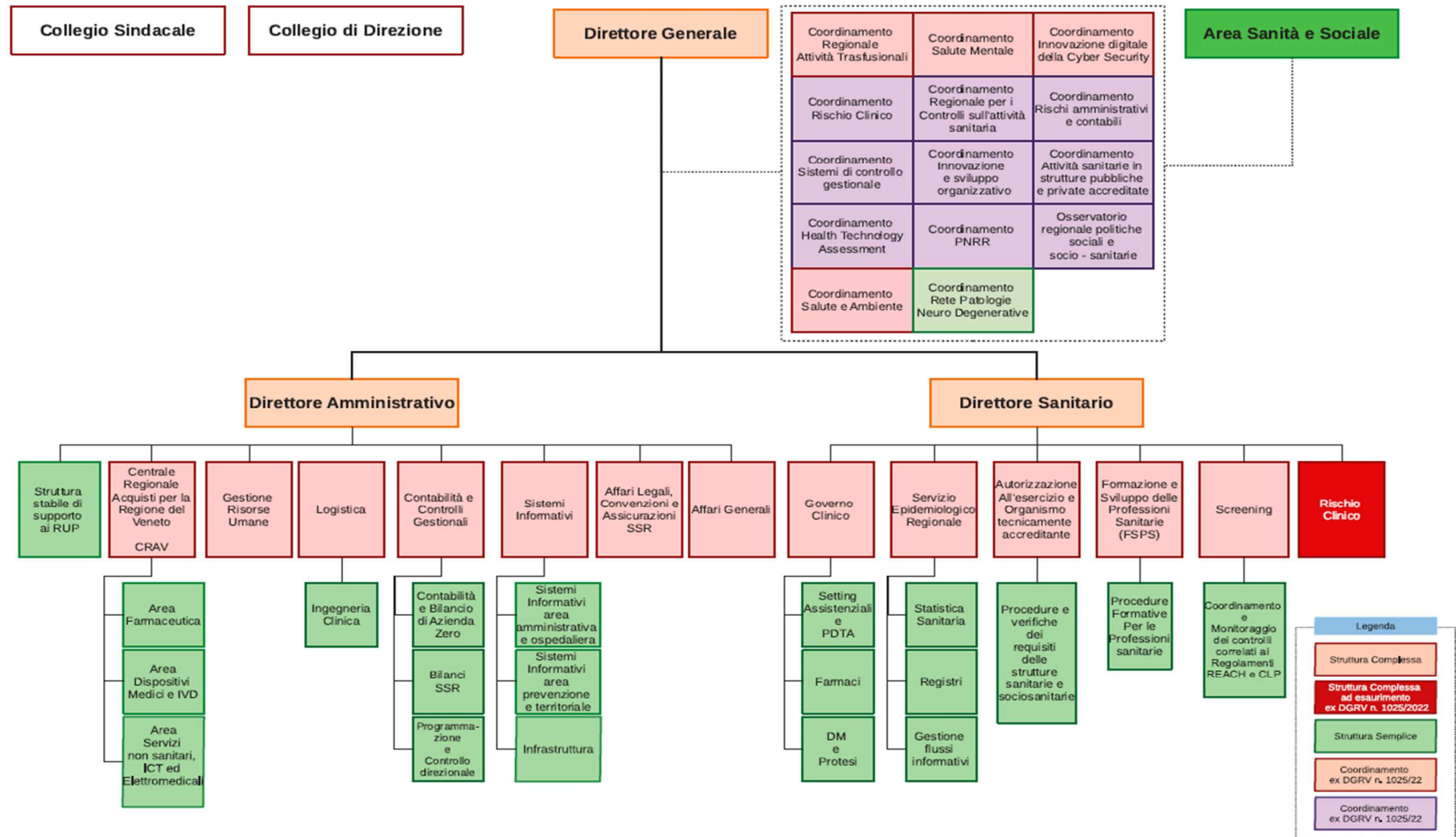
Le Unità organizzative aggregano competenze professionali, risorse tecnologiche e finanziarie, espressamente finalizzate all'assolvimento di funzioni di produzione di prestazioni o servizi, di amministrazione o di supporto tecnico-logistico e di staff. Le Unità organizzative possono essere complesse, semplici ovvero dirette da dirigenti assegnatari di incarichi professionali.

Sono inoltre state individuate alcune aree di attività (denominate coordinamenti regionali), strettamente connesse alla programmazione e regolazione strategica regionale (di natura tecnico-amministrativa, di natura sanitaria e socio-sanitaria o di supporto alla programmazione), che si innestano "funzionalmente" sull'organizzazione, ancora in fase di definizione.

Il budget dell'anno 2024 si è svolto in questo contesto.

Si riporta di seguito l'organigramma di Azienda Zero vigente nel 2024, a seguito adozione del nuovo atto aziendale avvenuto con Deliberazione del Direttore Generale n. 758/2023.

Fig.4 – Organigramma Azienda Zero valido per l'anno 2024



## b. La misurazione della performance strategica: livello di conseguimento degli obiettivi strategici triennali

Gli obiettivi strategici presentano un orizzonte temporale medio-lungo e sono coerenti con le dimensioni richieste dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), secondo quanto previsto dal DM 24 giugno 2022. Ogni obiettivo è corredato da almeno un indicatore monitorabile nel triennio, con soglie annuali.

Nella tabella seguente vengono riportati gli obiettivi strategici, misurati, raggruppati per linee strategiche, per il triennio 2024-2026 così come riportati nella Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 41 del 31.01.2024 "Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO) di Azienda Zero".

	Obiettivi strategici	TARGET del Triennio 2024-2026	Valore 2024
<b>S</b>	<b>Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>		
<b>S.1</b>	<b>Miglioramento dei tempi di attesa (specialistica ambulatoriale e interventi chirurgici)</b>		
	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte (per macro-categorie) G1 Traccianti	>= 90%	B: 92%; D: 87%; P: 89%.
	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità	>= 90%	Oncologici A:91%; Oncologici B: 90%; Oncologici C: 82%; Oncologici D:87%; Oncologici E: 91%; Non Oncologici A:88%; Non Oncologici B: 83%; Non Oncologici C: 73%; Non Oncologici D: 83%; Non Oncologici E: 88%
<b>S.2</b>	<b>Miglioramento Gestione liste di attesa (specialistica ambulatoriale e interventi chirurgici)</b>		
	Sviluppo e manutenzione obiettivi DDGG dell'anno in corso	100%	100% (sviluppo)
	Sviluppo cruscotto con indicatori richiesti dal gruppo di lavoro	100%	100% (sviluppo)
<b>S.3</b>	<b>Rispetto delle direttive definite tramite DGR, Decreti dell'Area Sanità e Sociale o GdL/Crite/Commissioni regionali/incontri e richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza</b>		
	1. % richieste/adempimenti soddisfatti definiti tramite DGR 2. % richieste/adempimenti soddisfatti definiti tramite Decreti dell'Area Sanità e Sociale 3. % richieste/adempimenti soddisfatti definite nei verbali GdL/Crite/Commissioni regionali/incontri che vedono la partecipazione di Regione 4. % richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza"	100%	1. 96,4% 2. 98,9% 3. 99,44% 4. 100% (Valutazione RVE anno 2023)
<b>S.4</b>	<b>Rispetto delle richieste provenienti dall'Area Sanità Sociale (Piani Pluriennali, relazione socio-sanitaria, ecc.)</b>		
	Analisi di scenario "AS IS" e ipotesi "TO BE" per la produzione dei piani pluriennali delle tecnologie sanitarie	7 piani	2023: 1 piano completato (radioterapia) 2024: 2 piani completati (RM e TAC)
	Monitoraggio stato di avanzamento implementazione piani Investimenti licenziati	100%	n.d.
	Predisporre relazione Socio Sanitaria entro i tempi richiesti	Sì (entro i termini previsti)	Sì (scadenza rispettata)
<b>S.5</b>	<b>Perseguimento PNRR M6 C2</b>		
			RIS-PACS: 38% (4,5/12) ANATOMIA PATOLOGICA: 75% (9/12) LIS: 27% (3/11) PMA: 100% (9/9)

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

	Obiettivi strategici	TARGET del Triennio 2024-2026	Valore 2024
<b>S</b>	<b>Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>		
	% Avanzamento delle attività connesse alla Digitalizzazione DEA I e DEA II previste POR con termine di esecuzione T2 2025	100% e mantenimento	TRASFUSIONALE: 14% (1/7) LOGISTICA: 50% (12/24) SUEM – 118: 100% (7/7)
<b>S.6</b>	<b>Perseguimento PNRR M6-FSE</b>		
	% Avanzamento attività fascicolo sanitario elettronico secondo i piani	100%	Indicatore 1 Doc. indicizzati/prest. erog.: 94,8% (agosto 2024)  Indicatore 2 MMG che alim. FSE/ n. MMG: 98,3% (novembre 2024)  Indicatore 3 Doc CDA/Doc. Ind.: 97,1% (ottobre 2024)  Indicatore 4 Doc PADES/Doc. Ind.: 95,3% (ottobre 2024)
<b>S.7</b>	<b>Avvio Sistema Informativo Ospedaliero presso tutte le Aziende SSR</b>		
	% aziende avviate/ totale aziende sanitarie secondo cronoprogramma regionale	100% (12/12 aziende)	Avvio SIO: 2/12
<b>A</b>	<b>Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza</b>		
<b>A.1</b>	<b>Valorizzazione del patrimonio informativo</b>		
	Esito Adempimenti LEA su obblighi informativi - Completezza flussi	Adempiente	Adempiente (v. SLA A.1.1)
	Esito Adempimenti LEA su obblighi informativi - Qualità flussi	Adempiente	Adempiente (v. SLA A.1.1)
	% piattaforme informatizzate/sistemi di reportistica/flussi disponibili in DWH, secondo cronoprogramma	100%	69% (2023)
	N. Aziende con cruscotto direzionale controllo di gestione attivato	100% (13/13 aziende)	5/13
<b>E</b>	<b>Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari</b>		
<b>E.1</b>	<b>Reclutamento Personale per gli enti del SSR</b>		
	% presa in carico delle richieste relative ai fabbisogni di personale che pervengono dalle Aziende ed Enti del SSR	100%	100%
<b>E.2</b>	<b>Efficienza e tempestività nell' acquisizione di beni sanitari e servizi per Enti SSR</b>		
	% gare sopra soglia bandite da Azienda Zero sul totale gare sopra soglia bandite dagli enti del SSR	>= ultima performance (2022: 81%)	80,04%
	Giorni medi delle procedure di gara da programmazione ordinaria	<=280 giorni medi +30 giorni per i controlli ex D. Lgs. 36/2023	4 mesi e 18 gg
	N. Medio giornate per aggiudicazione gare generico/biosimilare dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale	45 giorni + 30 giorni per i controlli ex D. Lgs. 36/2023	53 gg
<b>E.3</b>	<b>Rispetto della programmazione regionale sui contenimento dei costi</b>		

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

	Obiettivi strategici	TARGET del Triennio 2024-2026	Valore 2024
<b>S</b>	<b>Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>		
	Esito valutazione adempimenti LEA I) Controllo spesa farmaceutica	Adempiente	n.d. <sup>1</sup>
	Esito procedura verifica dell'equilibrio economico comma 174 L. 311/2004	Equilibrio economico	Equilibrio economico <sup>2</sup>
<b>E.4</b>	<b>Soddisfazione richieste regionali Piani risanamento IPAB</b>		
	% Piani risanamento completati nel rispetto della tempistica concordata con Regione	100%	100% (7/7)
<b>E.5</b>	<b>Presidio delle funzioni GSA e la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale</b>		
	Valore consolidato del conto di bilancio CA0120 (C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	0€	0€
<b>Q</b>	<b>Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza</b>		
<b>Q.1</b>	<b>Rispetto delle direttive definite in Comitato Direttori Generali</b>		
	% richieste/adempimenti soddisfatti	100%	100% (3/3)
<b>Q.2</b>	<b>Sviluppo dei progetti di qualità percepita interni e del SSR</b>		
	Clima organizzativo interno: monitoraggio delle azioni di miglioramento secondo gli indicatori concordati con la regione	Livello qualità percepita ≥ indagine precedente	Avvio indagini 100% (2023) n.d (2024)
<b>Q.3</b>	<b>Implementazione del sistema logistico integrato regionale</b>		
	Gestione delle attività logistiche integrate	Avviare secondo cronoprogramma	Mappata organizzazione delle AASS
<b>Q.4</b>	<b>Coordinamento attività relative alla Cybersecurity</b>		
	Monitoraggio stato avanzamento attività tramite relazioni trimestrali	Invio 4 relazioni	Inviare tutte le relazioni a RVE nel rispetto dei tempi richiesti dagli obiettivi Aziendali (2023)
<b>Q.5</b>	<b>Supporto tecnico alla gestione del rischio clinico e del contenzioso sanitario</b>		
	Esito adempimento LEA sul Rischio Clinico	Adempiente	n.d. <sup>3</sup>
<b>P</b>	<b>Sviluppo processi interni</b>		
<b>P.1</b>	<b>Efficientamento dei processi amministrativi interni</b>		
	Valore economico al 31.12.23 del debito scaduto aziendale	0€	0€
	Indicatore di tempestività dei pagamenti aziendale	<0	<0
	% adempimenti sulla trasparenza rispettati	100%	100%
<b>P.2</b>	<b>Efficientamento energetico delle sedi di Azienda Zero</b>		
	Consumi medi di corrente elettrica per periodo in funzione delle temperature medie stagionali	Riduzione consumi in kWh nel triennio	601.159 kWh (2023)

<sup>1</sup> I risultati della verifica degli adempimenti LEA per l'anno 2021 sono in fase di consolidamento, e si sta procedendo con la verifica 2022 (fonte: Ministero della Salute)

<sup>2</sup> Tavolo di verifica degli adempimenti per il 2024 per la Regione Veneto: allegato 03 del verbale della riunione del 18 marzo 2025

<sup>3</sup> I risultati della verifica degli adempimenti LEA per l'anno 2021 sono in fase di consolidamento, e si sta procedendo con la verifica 2022 (fonte: Ministero della Salute)

	Obiettivi strategici	TARGET del Triennio 2024-2026	Valore 2024
<b>S</b>	<b>Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>		
<b>P.3</b>	<b>Potenziamento del sistema dei controlli dei processi aziendali</b>		
	n. Processi aziendali con mappatura rischio fronte aggiornato / n. totale processi aziendali preventivato	100%	100% <sup>4</sup> (12/12)
	Compilazione parti del questionario "Enti SSR Bilancio d'Esercizio" della Corte dei Conti relativo al Sistemi dei Controlli Interni <sup>5</sup>	100%	100%

Tab.6 –Elenco degli obiettivi strategici regionali per il triennio 2024-2026: valore 2024 (2023 se non disponibile)

Da quanto sopra riportato si evince che i progetti di medio lungo termine di Azienda Zero stanno procedendo positivamente e rispettando le tempistiche prefissate.

### c. La misurazione della performance organizzativa: conseguimento degli obiettivi annuali delle unità operative aziendali

Le principali direttive regionali di Azienda Zero per l'anno 2024 sono contenute in numerosi atti di programmazione, di cui il principale è il quello riguardante gli indirizzi per l'attività previsto dal comma 9 dell'articolo 2 della L.R. 19/2016, rivisto alla luce del nuovo atto aziendale adottato con deliberazione n. 30 del 23.01.2023 A questo si affiancano anche i seguenti provvedimenti:

- DGR n. 72 del 29.01.2024 con cui sono stati assegnati, da parte della Regione, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi ad Azienda Zero per l'anno 2024;
- la DGR 71 del 29.01.2024 "Determinazione degli indirizzi per l'attività di Azienda Zero per l'anno 2024. DGR n. 5/CR del 26/01/2023 (articolo 2, comma 9, L.R. 19/2016)";
- la nota del Consiglio Regionale prot. 8158 del 31.05.2023 (V Commissione Consiliare) con cui vengono comunicati i criteri di valutazione dei Direttori Generali di competenza della Quinta Commissione per il biennio 2023-2024.

Azienda Zero ha adottato il PIAO per le annualità 2024-2026 con Deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 31.01.2024.

All'interno del PIAO è contenuta - nella sottosezione 2.2 - la parte inerente la performance organizzativa ed individuale.

Nello specifico in questa parte del documento è stata rappresentata la pianificazione strategica triennale dell'ente, con l'individuazione delle linee strategiche prioritarie di azione e, per ciascuna di esse, uno o più obiettivi strategici ed i relativi indicatori e soglie.

<sup>4</sup> Analisi delle aree di rischio e di rischio frode per ogni UUOO (autovalutazione)

<sup>5</sup> Domanda del questionario n. 38: Illustrare brevemente lo stato di realizzazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (cosiddetto "PAC") previsto dai decreti ministeriali 17 settembre 2012 e 1° marzo 2013.

Azienda Zero ha quindi provveduto ad adottare il Documento delle Direttive 2024 con DDG n. 383 del 24.06.2024 al fine di realizzare il passaggio sistematico tra gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale, dopo la fase di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi con le singole strutture, secondo la metodica di budget.

La metodica di budget - ai sensi della Legge Regionale n. 55 del 14.09.1994 articolo 13 e successivi - è l'insieme delle procedure e degli strumenti che consente il perseguimento del sopra menzionato raccordo; tempi, modalità e soggetti coinvolti nel processo di budget sono descritti nella Procedura Operativa (PO) di Azienda Zero (aggiornata nel 2024 con DDG n.232) oltre che nel Documento di Direttive.

Le linee strategiche adottate, previste nel documento Regione con 72/2024 e integrate, sono le seguenti:

- A Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
- E Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
- Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
- S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
- P Sviluppo processi interni

secondo 3 livelli essenziali:

- supporto alle Aziende Sanitarie;
- supporto a Regione Veneto;
- efficientamento del sistema;

che riassumono i tre filoni dell'attività di Azienda Zero secondo le nuove linee di indirizzo.

La performance aziendale si misura sul conseguimento degli obiettivi assegnati rispettivamente dalla Giunta regionale con DGR 72/2024 per 80 punti su 100 e dalla V Commissione Consiliare con nota del Consiglio Regionale n. 8158/2023 per i restanti 20 punti.

Linee strategiche	Obiettivi	Indicatori	Indicatori di cui condivisi con AA.SS.	Punti	Punti di cui dipendenti da AA.SS.	Distribuzione dei PESI
Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (A)	1	1		12		15%
Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari (E)	3	7		8		10%

Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza (Q)	13	24	3	40	3	50%
Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza (S)	6	9	3	20	8	25%
<b>Totale</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>11</b>	<b>80</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Tab.7 Distribuzione obiettivi, indicatori e pesi per linee strategiche assegnati dalla Giunta Regionale

Il 50% del punteggio è relativo alla "Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza" a cui si aggiungono i 12 punti (15%) dell'obiettivo dei Service Level Agreement (SLA), per un totale di 65%.

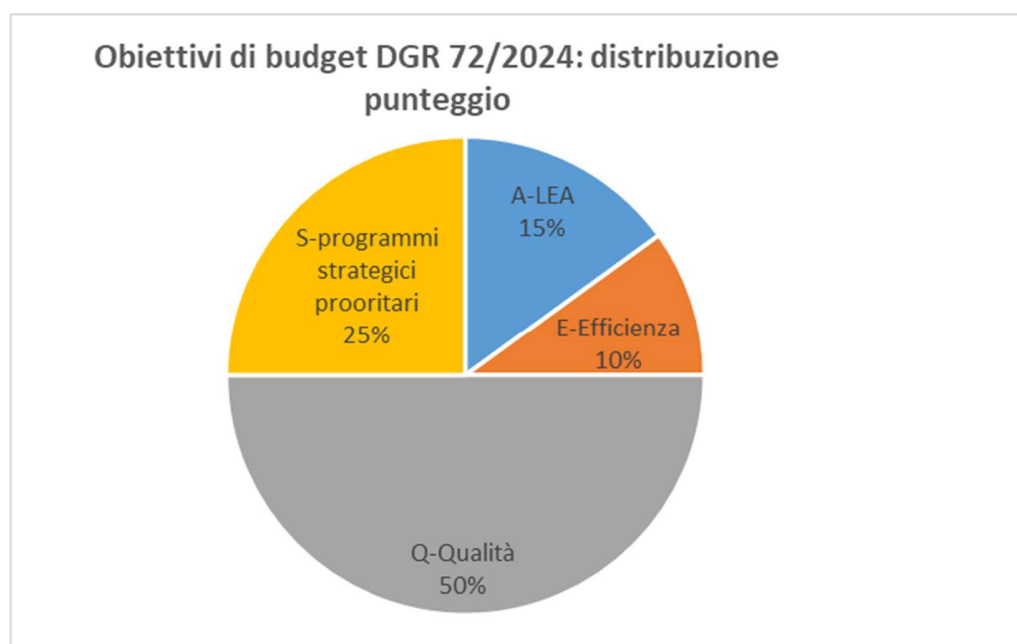


Fig.5 Distribuzione pesi degli obiettivi di salute e funzionamento di Azienda Zero DGR 72/2024 rispetto le linee di indirizzo regionali

Si sottolinea inoltre che il 14% del punteggio non dipende dalle azioni di Azienda Zero ma dall'andamento degli indicatori delle Aziende Sanitarie (AA.SS.); Azienda Zero partecipa con costante monitoraggio e segnalando le criticità riscontrate alle Aziende stesse.

Gli obiettivi della DGRV 72/2024, inseriti ciascuno in una linea strategica e in un livello essenziale, sono stati integralmente inseriti nelle schede di budget delle strutture complesse di Azienda Zero per competenza, contestualmente ad altri obiettivi relativi a processi interni (P).

Dopo una valutazione intermedia regionale del grado di raggiungimento degli obiettivi regionali di Azienda Zero potrebbero risultare critici nella valutazione finale i seguenti obiettivi:

- A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023) ai fini della valutazione sul rispetto di quanto prevedono;
- Q.2.3 Messa a disposizione in modo strutturato, aggiornato e stabile della mappatura delle strutture e dei servizi socio-sanitari territoriali del SSSR;
- Q.3.3 Sanità partecipata: costituzione formale dell'assemblea delle associazioni e avvio attività;
- Q.5.1 Rispetto del cronoprogramma gare;
- Q.11.1 Completamento dello sviluppo di piattaforme/cruscotti già richieste dalla Direzione Farmaceutico;
- Q.13.1 Soddisfazione delle richieste provenienti da CTRF, TTR-DM, TTAIR Diabete % di documenti redatti / totale richiesti.

Dopo aver dato riscontro alla Regione su ciascun obiettivo che poteva evidenziare criticità, Azienda Zero rimane in attesa della valutazione finale.

Dopo la stesura del Piano della Performance 2024-2026, Paragrafo 2.2 Sottosezione Performance del PIAO, documento che ha dato l'avvio al ciclo di budget dell'anno 2024, nel mese di aprile 2024 sono stati definiti gli obiettivi di budget da perseguire (prima fase), assegnati contestualmente alle risorse (personale), nella scheda budget di ciascuna unità operativa qualificata come "Centro di Responsabilità" (CdR), secondo l'organigramma riportato nel PIAO 2024-2026.

Gli obiettivi sono stati negoziati in appositi incontri di budget presenziati dal Direttore di struttura Complessa e dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

La scheda di budget, oltre agli obiettivi, conteneva gli indicatori per la misurazione del raggiungimento degli stessi, le soglie, i risultati attesi e i pesi per la valutazione.

Gli obiettivi operativi sono stati definiti in modo specifico per ciascuna unità operativa, in relazione al mandato istituzionale definito dall'atto aziendale e alle priorità del contesto. A conclusione di questa fase è stato deliberato il Documento di Direttive 2024 (DDG n. 383/2024).

In seguito, nel mese di giugno 2024 è stato condotto il 1° monitoraggio degli obiettivi di Azienda Zero.

È stato monitorato il 100% degli obiettivi misurabile nei primi 5 mesi; è stata acquisita la documentazione a supporto della valutazione effettuata. Tutte le UOC di Azienda Zero a cui è stata assegnata una scheda di budget hanno raggiunto un punteggio pari o superiore a 35 punti.

Nel mese di ottobre è stato condotto il secondo monitoraggio: è stato monitorato il 99% degli obiettivi misurabile nei primi 9 mesi in quanto alcuni indicatori sono risultati non disponibili (es. richieste non pervenute da Comitato Direttore); è stata acquisita la documentazione a supporto della valutazione effettuata. Tutte le UOC di Azienda Zero a cui è stata assegnata una scheda di budget hanno raggiunto un punteggio pari o superiore a 70 punti.

La UOS Programmazione e Controllo Direzionale ha provveduto a raccogliere i dati di ogni monitoraggio, incluso quello finale svoltosi a maggio 2025, digitalizzato le schede di budget e rendendole disponibili alle UOC, al fine di produrre un report finale sulla performance organizzativa da inviare alla Direzione Strategica per avere una valutazione da comunicare alla UOC Gestione Risorse Umane a completamento delle valutazioni individuali, come previsto da procedura interna.

Anche il materiale dell'ultimo monitoraggio è agli atti della UOS Programmazione e Controllo Direzionale.

Il processo di validazione degli obiettivi è rappresentato dallo schema seguente.

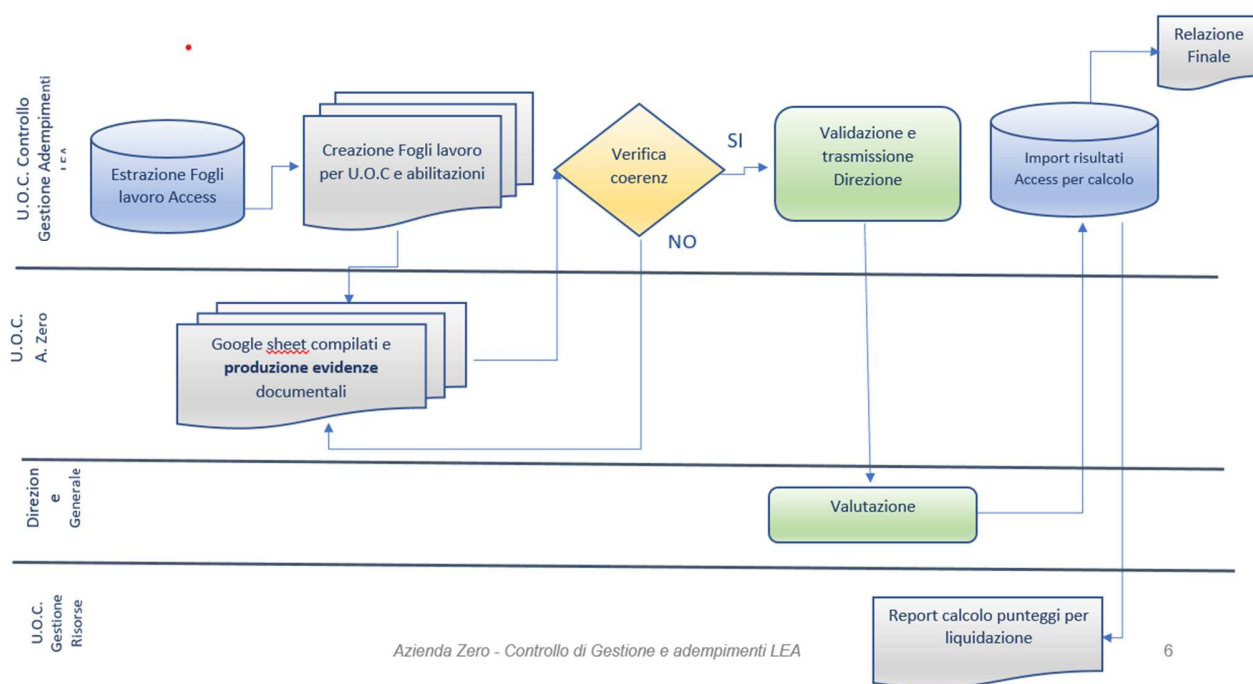


Fig.6 Flusso validazione performance organizzativa 2024

La tabella seguente riporta la numerosità degli indicatori assegnati ad ogni struttura, per area di afferenza, inclusi gli obiettivi assegnati dalla Giunta regionale per l'anno 2024.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2024

Descrizione UOC	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza	P-Sviluppo processi interni	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	Totale indicatori UUOO	% indicatori sul totale
<b>Area Amministrativa</b>							
AFFARI GENERALI	1		24	5	6	36	7%
AFFARI LEGALI, CONVENZIONI E ASSICURAZIONI SSR	1	6	22	4	1	34	6%
CONTABILITÀ E CONTROLLI GESTIONALI	3	12	26	1	1	43	8%
CRAV	1		9	13	1	24	4%
FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	1		21	1	1	24	4%
GESTIONE RISORSE UMANE	1	1	7	4	7	20	4%
LOGISTICA	1		11	11	9	32	6%
SISTEMI INFORMATIVI	1		13	19	10	43	8%
<b>Totale Area</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>133</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>256</b>	<b>47%</b>
<b>Area Sanitaria</b>							
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE	1		9	14	1	25	5%
FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	1		19	12	5	37	7%
GOVERNO CLINICO	1	1	44	49	2	97	18%
RISCHIO CLINICO	1		13	6	1	21	4%

Descrizione UOC	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza	P-Sviluppo processi interni	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	Totale indicatori UUOO	% indicatori sul totale
SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO	1		22	5	1	29	5%
SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E REGISTRI	1		7	43	7	58	11%
COORDINAMENTO REGIONALE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI	1		21	1	1	24	4%
<b>Totale Area</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>135</b>	<b>130</b>	<b>18</b>	<b>291</b>	<b>53%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>268</b>	<b>188</b>	<b>54</b>	<b>547</b>	<b>100%</b>

Tab.8: Numero e % indicatori per UOC

Complessivamente sono stati assegnati 547 indicatori, di cui la maggior parte inerenti al P-Sviluppo processi interni, ed alla Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza, assegnati dalla Giunta. Il 94% degli indicatori ha ottenuto una valutazione positiva; il 5% risulta essere non monitorabile. Questi ultimi, distribuiti nelle diverse UUOO, risultano essere 30, concentrati in 3 indicatori, quali:

- A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023);
- Q.1.1 Adempimento direttive definite dal Comitato dei Direttori Generali;
- S.2.1 Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo.

Non tutte le UO sono state coinvolte nelle tre diverse richieste regionali (a priori gli obiettivi sono stati assegnati a tutte le UO di Azienda Zero).

Nella tabella seguente viene riportata l'auto-valutazione finale, a consuntivo.

Descrizione UOC	1-Raggiunto	2-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	3-Non Raggiunto	4-Non Disponibile
AFFARI GENERALI	33			3
AFFARI LEGALI, CONVENZIONI E ASSICURAZIONI SSR	32			2
CONTABILITÀ E CONTROLLI GESTIONALI	42			1
CRAV	20	3		1
FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	21			3
GESTIONE RISORSE UMANE	18			2
LOGISTICA	30	1		1
SISTEMI INFORMATIVI	42			1
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE	22			3
FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	35			2
GOVERNO CLINICO	94			3
RISCHIO CLINICO	20			1
SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO	28			1
SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E REGISTRI	56			2
COORDINAMENTO REGIONALE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI	20			4
<b>Totale</b>	<b>513</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>30</b>

Tab.9 Valutazione indicatori 2024

Il criterio aziendale utilizzato per la valutazione finale degli obiettivi, previa verifica da parte della UOS Programmazione e Controllo Direzionale di corrispondenza della documentazione a supporto del risultato dichiarato, è il seguente:

Andamento	% punti attribuiti	Descrizione
1 1-Raggiunto	100%	Se il valore atteso dell'indicatore, riportato nella scheda di budget, risulta raggiunto, la valutazione sarà pienamente positiva e attribuito il 100% del punteggio previsto. Tale punteggio sarà assegnato anche al raggiungimento della soglia di tolleranza, se prevista.
2 2-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	50%	Se né il valore atteso né la soglia di tolleranza vengono rispettati, ma l'indicatore è stato raggiunto in parte o raggiunto in ritardo (oltre la soglia di tolleranza) e, qualora richieste dalla Direzione Strategica, non sono presentate ed accolte giustificazioni, verrà assegnato il 50% del punteggio previsto da scheda di budget.
3 3-Non Raggiunto	0%	Se l'indicatore non è stato raggiunto parzialmente o in ritardo e, qualora richieste dalla Direzione Strategica, non sono presentate ed accolte giustificazioni, sarà assegnato un punteggio pari a zero.
4 4-Non Disponibile	-	Se il valore risulta n.d., l'indicatore verrà tolto dal conteggio e dal totale complessivo dei punti della scheda di budget.

Tab.10 - criteri di valutazione degli obiettivi

A fine valutazione, il punteggio degli obiettivi non valutabili, stralciati o di cui non era stato possibile fornire un monitoraggio è stato annullato, mentre è stato ridotto quello degli obiettivi parzialmente raggiunti o raggiunti in ritardo.

La Tabella seguente riporta l'esito della misurazione prodotta dalla UOS Programmazione e Controllo Direzionale, riportata in dettaglio, in Appendice, per ogni singola struttura e ogni singolo indicatore.

Descrizione UOC	N. Indicatori	Peso*	Punteggio Finale	% raggiungimento
AFFARI GENERALI	33	96	96	100%
AFFARI LEGALI, CONVENZIONI E ASSICURAZIONI SSR	32	98	98	100%
CONTABILITÀ E CONTROLLI GESTIONALI	42	99	99	100%
CRAV	23	98	90	92%
FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	21	94	94	100%
GESTIONE RISORSE UMANE	18	98	98	100%

LOGISTICA	31	98	97	99%
SISTEMI INFORMATIVI	42	98	98	100%
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE	22	93	93	100%
FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	35	96	96	100%
GOVERNO CLINICO	94	97	97	100%
RISCHIO CLINICO	20	97	97	100%
SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO	28	97	97	100%
SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E REGISTRI	56	98	98	100%
COORDINAMENTO REGIONALE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI	20	93	93	100%

\*al netto degli indicatori non monitorabili

Tab.11 Esito misurazione obiettivi U.O.C. 2024

Di seguito si riportano gli obiettivi non pienamente raggiunti per UOC, e se giustificati o meno dalla Direzione Strategica.

Cod. Obiettivo	OBIETTIVO	Periodo misurazione	Scadenza	Peso	Punteggio Finale	Note UOC	Note sulla valutazione	Valutazione finale Direzione Generale GIUSTIFICATO/NON GIUSTIFICATO
CRAV								
Q.5.1	Rispetto del cronoprogramma gare	Rispetto del cronoprogramma gare – 100%	30.09.2024	7	3,5	Aggiudicate nei termini indicati dalla regione n.23 su 26	Parzialmente raggiunto	<input type="checkbox"/> GIUSTIFICATO

Q.5.1	Rispetto del cronoprogramma gare	Rispetto del cronoprogramma gare – 100%	31.12.2024	2	1	Aggiudicate nei termini indicati dalla regione n.18 gare su 20	Parzialmente raggiunto	☐GIUSTIFICATO
Q.5.1	Rispetto del cronoprogramma gare	Rispetto alle gare 2023 slittate rispetto del timing standard – 100%	30.09.2024	7	3,5	Aggiudicate nei termini rimodulati dalla regione n.4 gare su 5	Parzialmente raggiunto	☐GIUSTIFICATO
LOGISTICA								
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali(gg ritardo =0)	31.12.2024	2	1	Attività richiesta nel 2023 e completata parzialmente. Ad oggi non è ancora conclusa la progettualità per lo smaltimento dei DPI residui delle scorte COVID. Non è stata fissata alcuna data di scadenza	Parzialmente raggiunto	☐GIUSTIFICATO

Tab.12 Obiettivi non pienamente raggiunti

Dopo l'analisi delle evidenze presentate, la Direzione Strategica ha deciso di accogliere le motivazioni fornite dai Direttori di UOC su tutti indicatori parzialmente raggiunti.

La Tabella seguente riporta l'esito della valutazione espressa dalla Direzione Strategica.

Descrizione UOC	N. Indicatori	Peso*	Punteggio Finale	% raggiungimento	Valutazione finale (riproporzionata su 20 punti)
Area Amministrativa					
AFFARI GENERALI	33	96	96	100%	20,0
AFFARI LEGALI, CONVENZIONI E ASSICURAZIONI SSR	32	98	98	100%	20,0
CONTABILITÀ E CONTROLLI GESTIONALI	42	99	99	100%	20,0

CRAV	23	98	98	100%	20,0
FUNZIONE DI INTERNAL AUDIT	21	94	94	100%	20,0
GESTIONE RISORSE UMANE	18	98	98	100%	20,0
LOGISTICA	31	98	98	100%	20,0
SISTEMI INFORMATIVI	42	98	98	100%	20,0
Area Sanitaria					
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE	22	93	93	100%	20,0
FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	35	96	96	100%	20,0
GOVERNO CLINICO	94	97	97	100%	20,0
RISCHIO CLINICO	20	97	97	100%	20,0
SCREENING E VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO	28	97	97	100%	20,0
SERVIZIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E REGISTRI	56	98	98	100%	20,0
COORDINAMENTO REGIONALE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI	20	93	93	100%	20,0

\*al netto degli indicatori non monitorabili

Tab.13 Valutazione finale obiettivi U.O.C. 2024

Nell'ultima colonna vengono riportati i risultati della performance organizzativa trasferiti sulle schede individuali (riproporzionato sui 20 punti complessivi).

In appendice si riportano le schede di budget delle singole UOC "Scheda di Budget 2024 - Consuntivo", con il punteggio raggiunto per ciascun indicatore e quindi la valorizzazione finale, valutata e rivista poi dalla Direzione Strategica.

## 4. La misurazione della performance individuale

La misurazione della performance individuale prevede, come disposto negli accordi sottoscritti con le organizzazioni sindacali dell'Area del Comparto, della Dirigenza Sanitaria e della Dirigenza PTA, che:

- in primo luogo il Direttore illustri ai propri dirigenti e collaboratori gli obiettivi di budget della struttura e successivamente avvii una discussione sufficientemente analitica sugli obiettivi individuali da raggiungere, affinché gli stessi siano il frutto di un confronto, tra il Direttore e il dirigente o il collaboratore, sul contenuto dell'obiettivo, sulle modalità attuative e sulle condizioni entro cui l'obiettivo andrà conseguito;
- sia attuato un continuo monitoraggio del progressivo raggiungimento degli obiettivi che si esplica in tre momenti di verifica, relativi rispettivamente al periodo gennaio-maggio, giugno-settembre, e infine all'intero anno. In quest'ultimo monitoraggio, da effettuarsi entro il mese di giugno dell'anno successivo, è prevista la valutazione definitiva degli obiettivi sulla scorta delle risultanze della UOS Programmazione e Controllo Direzionale, con riferimento a ciascuna struttura, così come validati dall'Organismo Indipendente di Valutazione e dell'attività svolta da ciascun dipendente, utilizzando le schede individuali di valutazione.

Le valutazioni intermedie sono tese a verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi, mentre la valutazione finale è tesa a verificarne il raggiungimento. In tutte tre le schede (le due intermedie e quella finale) gli ambiti di valutazione sono i medesimi mentre le modalità di valutazione sono diverse:

a) le schede per le valutazioni intermedie utilizzano un parametro qualitativo (positivo o negativo), al fine di valorizzare il momento del colloquio con il valutatore, prodromico alla sottoscrizione della scheda, nel corso del quale è possibile far emergere eventuali aspetti e/o ambiti da migliorare e qualità/competenze da valorizzare;

b) la scheda per la valutazione finale utilizza un parametro quantitativo, il cui punteggio massimo è pari ad 80 (con al massimo ulteriori 20 punti assegnati al raggiungimento degli obiettivi della struttura di riferimento). Il punteggio finale è espressione di tutta l'attività svolta nell'annualità di riferimento, considerato anche l'impegno profuso dal dipendente per migliorare e/o valorizzare gli aspetti emersi durante i due colloqui correlati alle valutazioni intermedie.

È prevista una differenziazione delle schede di valutazione sia per il Comparto che per la Dirigenza (Sanitaria e PTA), a seconda che il dipendente sia o meno titolare di un incarico. Gli items di valutazione sono, infatti, diversi:

- per i dipendenti del Comparto titolari di incarichi di funzione professionale o organizzativa;
- per la Dirigenza, in base alla tipologia di incarico conferito (UOC, UOS, incarico professionale, etc.) e all'Area dirigenziale di appartenenza.

Le schede per la valutazione definitiva dell'anno 2024 sono state trasmesse alle singole strutture di Azienda Zero via email in data 15/05/2025 (prot. n. 10387/2024), dall'ufficio competente della UOC Gestione Risorse Umane.

Sono state inoltre trasmesse, con nota prot. n. 12697 del 14/05/2025, le schede di valutazione di n. 6 dipendenti – di cui un dipendente solo per parte dell'anno – in assegnazione temporanea presso la Regione del Veneto,

nonché le schede per la relativa valutazione – a cura del Direttore della Direzione Regionale di afferenza – di n. 2 dipendenti responsabili di Coordinamenti Regionali.

Si segnala che, oltre a tali schede (le cui valutazioni rientrano tutte nella prima fascia di punteggio), non sono stati considerati nell'analisi seguente i dipendenti con una presenza effettiva inferiore ai 40 giorni lavorati nel periodo di valutazione.

Sono state valutate n. 280 schede per 277 dipendenti in servizio effettivo presso Azienda Zero:

- per il personale del Comparto sono stati valutati 235 dipendenti: per un dipendente sono state predisposte doppie schede in funzione di spostamenti avvenuti in corso d'anno tra diverse strutture, per un totale complessivo di n. 236 schede;
- per il personale dirigente sono stati valutati n. 42 dirigenti per un totale di n. 44 schede, di cui:
  - o 29 dirigenti non apicali, di cui 16 della Dirigenza PTA e 13 della Dirigenza sanitaria, (è compresa anche la scheda di un dipendente in parte d'anno in assegnazione temporanea presso la Regione del Veneto e per il restante periodo in servizio presso Azienda Zero
  - o 1 dirigente con n. 3 schede, differenziate in funzione dei diversi incarichi assegnati in corso d'anno (Struttura Semplice, Struttura Complessa e interim);
  - o 12 Direttori di Struttura Complessa (di cui 7 della Dirigenza PTA e 5 della Dirigenza sanitaria).

### a. Performance individuale personale del Comparto

La scheda di valutazione definitiva per l'area del Comparto prevede un punteggio massimo pari ad 80, la sufficienza è raggiunta con un punteggio pari o superiore a 41.

L'attribuzione economica del premio correlato alla performance individuale avverrà secondo le percentuali di seguito indicate:

fascia	fascia 1	fascia 2	fascia 3	fascia 4	fascia 5
Punteggio conseguito nella scheda di valutazione in merito al raggiungimento degli obiettivi individuali	80 - 71	70 - 61	60 - 51	50 - 41	40 - 0
Percentuale di premio correlato alla performance individuale da erogare	100%	80%	65%	50%	0%

L'attribuzione economica del premio correlato alla performance organizzativa avverrà secondo le percentuali di raggiungimento degli obiettivi di UOC.

Nella tabella sottostante sono rappresentati nel dettaglio i punteggi attribuiti a livello aziendale:

COMPARTO	
punteggio	nr schede
80	148
79	30
78	23
77	15
76	9
75	3
74	1
73	5
72	0
71	1
≤70	1
<b>Totale</b>	<b>236</b>

Tab.14 Distribuzione schede comparto per punteggio

Nella tabella seguente sono rappresentati valore minimo, valore massimo, media aritmetica dei voti attribuiti ed il grado di differenziazione suddivisi per struttura:

COMPARTO					
Struttura	nr schede	P. Max	P. Min	Media p.	Dev. standard pop.
UOC Affari Generali	20	80	54	77,8	5,6
UOC Affari Legali Convenzioni e SSR	5	80	80	80,0	0,0
UOC Autorizz. Esercizio e Org. Tecnicam. Accredited.	21	80	79	79,8	0,4
UOC Contabilità e Controlli Gestionali	21	80	71	78,3	2,5
UOC Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali	3	80	79	79,7	0,5
UOC CRAV	30	80	73	79,4	1,4
UOC Formazione e Sviluppo Prof. Sanitarie FSPS	6	80	80	80,0	0,0
UOC Gestione Risorse Umane	36	80	73	77,9	2,1
UOC Governo Clinico	11	80	75	79,1	1,7
UOC Logistica	12	78	76	77,0	0,7
UOC Rischio Clinico	5	80	80	80,0	0,0
UOC Screening	6	80	78	79,7	0,7
UOC Servizio Epidemiologico Regionale	35	80	78	79,8	0,6
UOC Sistemi Informativi	24	80	77	79,5	1,1
FUN Funzione di Internal Audit	1	80	80	80,0	0,0
<b>Totale complessivo</b>	<b>236</b>	<b>80</b>	<b>54</b>	<b>78,9</b>	<b>2,3</b>

Tab.15 Distribuzione numero schede comparto per UOC

Al 10% dei dipendenti che hanno ottenuto il punteggio più alto, secondo il sistema di valutazione, è attribuita una maggiorazione del premio correlato alla performance individuale, in misura pari al 50% del valore medio pro-capite dei premi attribuiti a tale titolo.

Qualora il numero di dipendenti che ha ottenuto il punteggio più alto superi il 10% del personale in servizio durante l'anno, la maggiorazione sarà attribuita al personale che ha garantito il maggior numero di giorni di presenza, al netto delle sole ferie.

Nel grafico successivo si dà evidenza del rapporto, suddiviso per struttura, fra il numero di schede di valutazione e il numero di schede che hanno ottenuto il punteggio più elevato, pari a 80.

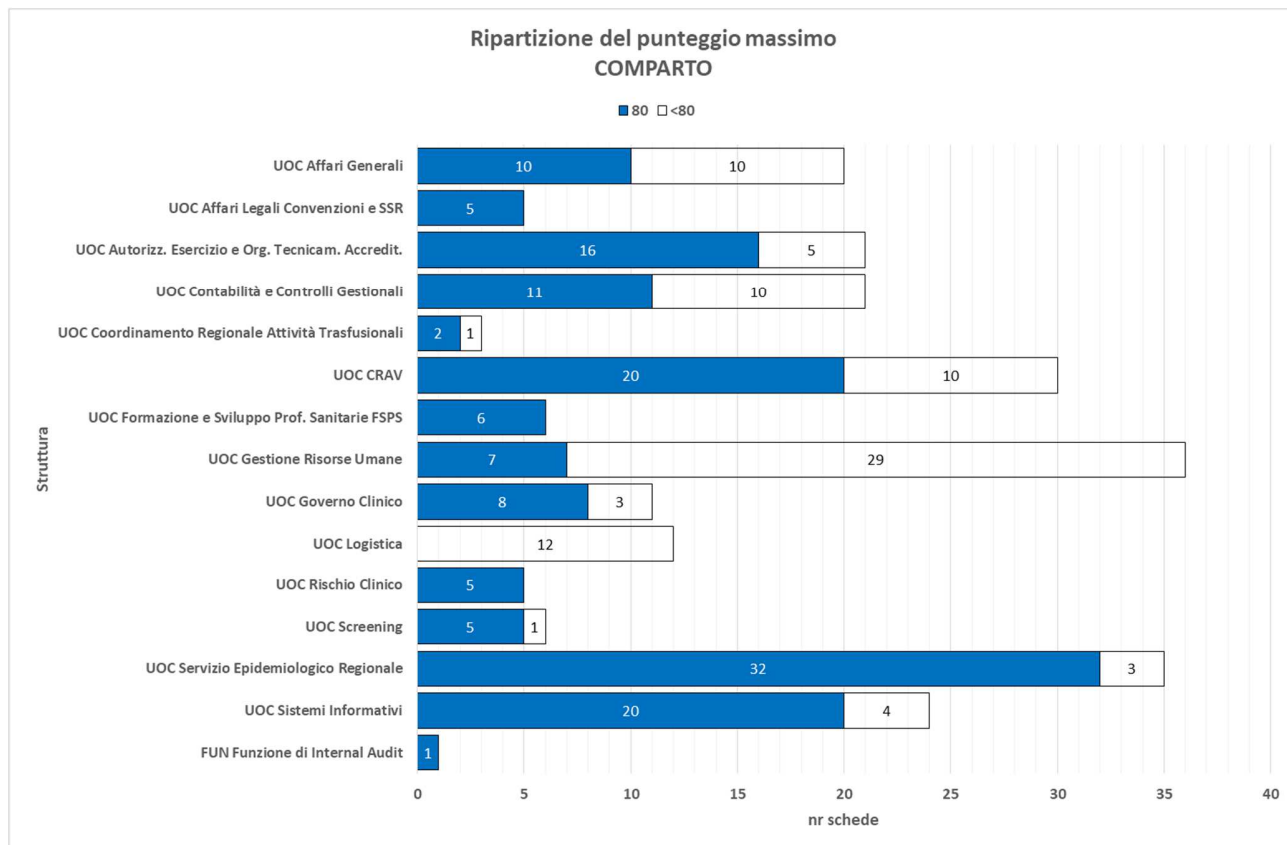


Fig.7 Ripartizione schede comparto per punteggio massimo

### b. Area Dirigenza sanitaria e Area Dirigenza PTA

La valutazione dei dirigenti viene effettuata utilizzando apposita scheda individuale sulla scorta di specifici fattori di valutazione, uno dei quali, essendo la retribuzione di risultato collegata alla negoziazione di budget e ai suoi esiti, è correlato automaticamente al punteggio raggiunto dalla struttura in sede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati. Gli altri fattori oggetto di valutazione, differenziati tra incarichi che prevedono o meno gestione di risorse, riguardano la partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, l'efficacia dei modelli gestionali adottati, le capacità manageriali e/o professionali, l'osservanza dell'orario di lavoro e delle direttive, la gestione e la valutazione del personale, il rispetto del processo di valutazione e il rapporto con l'utenza.

La valutazione si intende positiva se viene raggiunto il punteggio pari alla metà più uno. Il punteggio dell'item riferito al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura è stato inserito dalla UOC Gestione Risorse Umane dopo aver ricevuto specifica comunicazione dalla UOS Programmazione e controllo direzionale.

L'attribuzione economica per dirigente, differenziata secondo i coefficienti indicati all'art. 3 dell'accordo sindacale, avverrà rapportando le somme disponibili della singola struttura con i punteggi attribuiti ai dirigenti medesimi, secondo le percentuali di seguito indicate:

fascia	fascia 1	fascia 2	fascia 3	fascia 4	fascia 5	fascia 6
Punteggio conseguito nella scheda di valutazione	100 - 91	90 - 81	80 - 71	70 - 61	60 - 51	50 - 0
Percentuale retribuzione erogata	100%	90%	80%	70%	60%	0%

Di seguito si dà conto degli esiti delle n. 44 schede di valutazione relative a 42 dirigenti

Nella tabella sottostante sono rappresentati nel dettaglio i punteggi attribuiti (i dati sono stati elaborati arrotondando per difetto il punteggio delle singole schede):

DIRIGENZA	
fascia punteggio	nr schede
100	32
99	8
98	3
97	0
96	1
<b>Totale</b>	<b>44</b>

Tab.16 Distribuzione schede Dirigenti per punteggio

Al 10% dei dipendenti che hanno ottenuto il punteggio più alto, secondo il sistema di valutazione, è attribuita una maggiorazione del premio correlato alla performance, in misura pari al 30% del valore medio pro-capite dei premi attribuiti a tale titolo. Qualora il numero di dipendenti che ha ottenuto il punteggio più alto superi il 10% del personale in servizio durante l'anno, la maggiorazione sarà attribuita al personale che ha garantito una maggior presenza in servizio.

Nei grafici successivi si dà evidenza del rapporto, suddiviso per struttura, fra il numero di schede di valutazione e il numero di schede che hanno ottenuto il punteggio più elevato, pari a 100, con suddivisione per Area dirigenziale (Sanitaria e PTA).

I dati dei grafici sono stati elaborati arrotondando per difetto il punteggio delle singole schede.

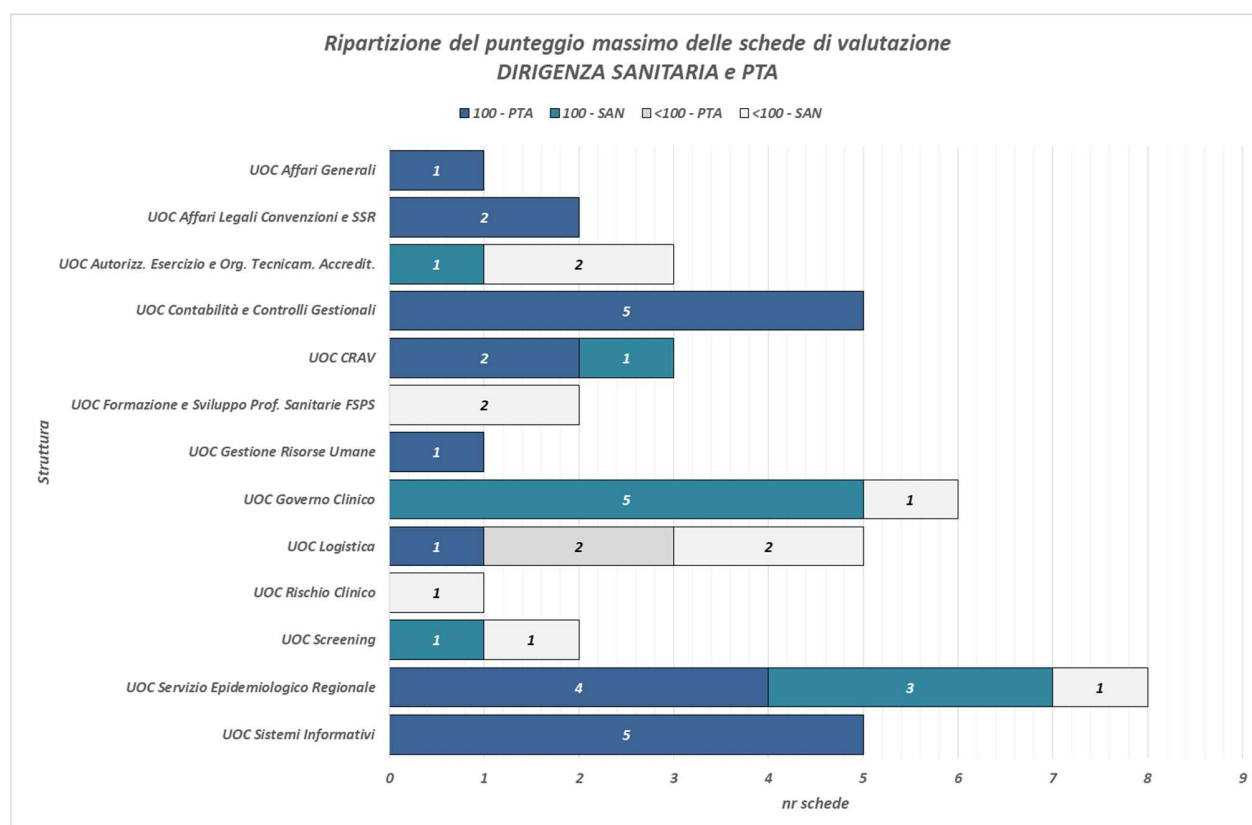


Fig.8 Ripartizione schede Dirigenza per punteggio massimo

Appendice – Schede di budget Consuntivo 2024

## Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	Non sono previsti SLA per questa UOC	5-Non Disponibile		

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	R	2	DDG n. 829 del 18/12/2024	1-Raggiunto	2	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR propria UOC Caricato in drive	si	R	3	1 DOR+allegati	1-Raggiunto	3	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Nota prot. n. 30716 del 17/12/2024 inviata al RPCT e per conoscenza a Funzione IA e all'UOS Programmazione e Controllo Direzionale	1-Raggiunto	1	

INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Nota prot. n. 30716 del 17/12/2024 inviata al RPCT e per conoscenza a Funzione IA e all'UOS Programmazione e Controllo Direzionale	1-Raggiunto	1
INT. 82	SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	1	Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	P	1	Corrispondenza trasmessa da UOC GRU in data 05/12/2024 e acquisita a protocollo aziendale con n. 29818 del 09/12/2024	5-Non Disponibile	
INT. 86	Collaudo applicativo IL210	1	Consolidamento definitivo documentazione progettuale (Specifiche Funzionali e Manuale Utente) e rilascio collaudo	versioni definitive documenti progettuali e sottoscrizione documento di collaudo	R	3	1 Documento di collaudo approvato 1 Doc. Specifiche Funzionali approvato 1 Doc. Manuale Utente approvato	1-Raggiunto	3
INT. 87	Applicativo IL210: stesura documento per richiesta di manifestazione di interesse al fine di affidamento a nuovo fornitore di attività di manutenzione e sviluppo	1	Predisposizione documento ricognitivo del fabbisogno dell'Ufficio Indennizzi in sinergia con UOC Sistemi Informativi e suo definitivo consolidamento ai fini di avvio indagine di mercato tramite manifestazione di interesse	1 documento definitivo	R	3	1 documento ricognitivo del fabbisogno	1-Raggiunto	3
		2	Richiesta avvio indagine esplorativa di mercato	nota protocollata a CRAV per pubblicazione indagine su piattaforma	R	3	Indagine avviata il 23/09/2024 con prot. n. 22664 e scadenza ore 12 dell'08/10/2024	1-Raggiunto	3
		3	Revisione documento e sua definizione finale alla luce delle risultanze dell'indagine di mercato	1 documento revisionato	R	2	1 documento definitivo ricognitivo del fabbisogno dell'Ufficio Indennizzi	1-Raggiunto	2

INT. 88	Applicativo IL210 – interfaccia Aziende Ulss	1	Presentazione documento a referente progettuale presso UOC Sistemi Informativi	1 nota protocollata	R	2	1 documento progettuale trasmesso al PM individuato il 30/12/2022 dall'UOC SS.II. - corrispondenza via mail	1-Raggiunto	2
INT. 89	Esenzione pagamento tassa automobilistica regionale degli autoveicoli adibiti al trasporto minori trapiantati: Stesura e condivisione procedura operativa con Direttore Amministrativo	1	Stesura bozza documento	1 bozza documento	R	3	1 bozza di procedura operativa predisposta dal GDL preposto	1-Raggiunto	3
		2	Condivisione documento con Direttore Amministrativo	documento condiviso	R	2	Corrispondenza trasmessa alla DA in data 20/12/2024 e acquisita a protocollo aziendale con n. 31475 del 20/12/2024	1-Raggiunto	2
INT. 90	Nuovo applicativo MUA (Motore Unico Amministrativo) per la gestione degli adempimenti in materia di tutela dei dati personali	1	Attivazione moduli di formazione per referenti individuati all'interno delle singole UU.OO.CC. aziendali e attivazione moduli ad hoc per Amministratori di Sistema, Project Manager e addetti alla Cybersicurezza	sessioni formative	R	3	Sessioni formative	1-Raggiunto	3
		2	Implementazione del registro dei trattamenti aziendali già censiti all'interno del MUA	caricamento trattamenti già censiti	R	3	Caricamento trattamenti nel MUA	1-Raggiunto	3
		3	Implementazione delle valutazioni di impatto (DPIA) nel MUA	schede elenco trattamenti e connessioni con relative DPIA	R	3	Elenco trattamenti e relative DPIA	1-Raggiunto	3
INT. 91	Numero Verde Antitrattra Banca Dati SIRIT: aspetti privacy	1	Autorizzazione regionale nomina sub-responsabile trattamenti Numero Verde Antitrattra	richiesta autorizzazione e ottenimento	R	3	Note di richiesta autorizzazione a RV e nota di ottenimento	1-Raggiunto	3
		2	Predisposizione e invio al fornitore accordo di nomina	invio accordo al fornitore	R	3	Bozza accordo di nomina	1-Raggiunto	3
INT. 92	Trattamento dati ICD UOC SER: aspetti privacy	1	Predisposizione modelli accordi di nomina rispetto a tutti gli interlocutori individuati nell'ambito di specifici incontri con UOC SER e Direzione Regionale Servizi Sociali	condivisione documentazione con UOC SER	R	3	N. 4 modelli accordi di nomina	1-Raggiunto	3

INT. 93	Nucleo Regionale di Controllo / Nuclei Aziendali di Controllo: aspetti privacy	1	Redazione modelli accordi di nomina e condivisione con NRC	invio modelli accordi di nomina a NRC e convocazione incontro di discussione	R	3	Modelli accordi nomina	1-Raggiunto	3
INT. 94	Servizi AWS in cloud per Azienda Zero: aspetti privacy	1	Accordo di nomina di responsabile del trattamento dei dati personali a fornitore	sottoscrizione accordo di nomina	R	3	Accordo di nomina	1-Raggiunto	3
INT. 95	Collaudo connessione Piattaforma Babel con nuovo sistema di conservazione regionale SDICO	1	Verbalizzazione collaudo conclusivo relativo alla connessione Piattaforma Babel con nuovo sistema di conservazione regionale SDICO	Verbale conclusivo del collaudo	R	3	Verbale del 07/03/2024 + altra documentazioni	1-Raggiunto	3
INT. 96	Aggiornamento ai referenti della gestione documentale di UOC in tema di gestione documentale e archivi	1	Svolgimento di almeno un incontro di aggiornamento	1 nota con indicazioni e materiali sull'incontro	R	3	Incontro 08/05/2024	1-Raggiunto	3
INT. 97	Stesura e approvazione documenti di Istruzioni Operative dell'Ufficio Protocollo Generale relative alla gestione della corrispondenza cartacea, del cambio di competenza dei protocolli assegnati, delle lettere anonime/errate trasmissioni all'ente, della co	1	Stesura e approvazione da parte del Direttore di UOC di n. 2 documenti di Istruzioni Operative dell'Ufficio Protocollo Generale: gestione corrispondenza cartacea e gestione cambi competenza protocolli assegnati	2 documenti approvati	R	3	IO_AAGG.UPG.0 1.2024IO_AAGG. UPG.02.2024	1-Raggiunto	3
		2	Stesura e approvazione da parte del Direttore di UOC di n. 2 documenti di Istruzioni Operative dell'Ufficio Protocollo Generale: gestione corrispondenza cartacea riservata e gestione lettere anonime/trasmissione errate all'ente	2 documenti approvati	R	2	IO_AAGG.UPG.0 3.2024IO_AAGG. UPG.04.2024	1-Raggiunto	2

## Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adeempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	0	5-Non Disponibile	
		2	Compilazione e aggiornamento trimestrale della Scheda di monitoraggio delle attività richieste	100%	R	3	100%	1-Raggiunto	3
		2	Compilazione e aggiornamento trimestrale della Scheda di monitoraggio delle attività richieste	100%	R	5	n. 2 promemoria inviati il 05/06/2024 e 07/06/2024	1-Raggiunto	5

2	Compilazione e aggiornamento trimestrale della Scheda di monitoraggio delle attività richieste	100%	R	5	n. 1 promemoria inviato il 20/09/2024	1-Raggiunto	5
2	Compilazione e aggiornamento trimestrale della Scheda di monitoraggio delle attività richieste	100%	R	2	Scheda Q.1.1.	1-Raggiunto	2

**S** *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1 n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	Trasmissione alle 9 Aziende ULSS delle convenzioni da sottoscrivere con Azienda Zero (termini non previsti da DGR)	1-Raggiunto	2	
S.5.2	Aggiornamento delle valutazioni d'impatto dei flussi esistenti, adempimenti di Azienda Zero in materia di Privacy per i flussi e i sistemi informativi di nuova istituzione a valenza regionale (con particolare attenzione ai sistemi di prenotazione)	1 Aggiornamento valutazioni di impatto flussi esistenti di cui alla DGRV n. 1249/2020.	<= 30.06.2024	P	5	nota prot. n. 16207/2024	1-Raggiunto	5	
		2 Rendicontazione delle attività effettuate nel primo semestre 2024 (peso 30%) degli schemi di DPIA (parte giuridica) dei flussi esistenti (DGRV n. 1249/2020 + eventuali altri)".	<= 30.06.2024	P	5	nota prot. n. 16207/2024	1-Raggiunto	5	
		3 Data completamento attività in ambito GDPR per nuova APP di prenotazione	<= Data da scheda misurazione S.5.2	R	3	Comunicazione a mezzo posta elettronica del 02/10/2024	1-Raggiunto	3	

4	Data completamento attività in ambito GDPR per nuovo SICOF	<= Data da scheda misurazione S.5.2	R	3	Trasmissione DPIA relativa ai flussi NSIS e regionali - validazione da parte del DPO. Rif. prot. 32174 del 30/12/2024 con cui è stata acquisita a protocollo la corrispondenza intercorsa a mezzo mail con il DPO nonché il parere reso in data 24/12/2024	1-Raggiunto	3
5	Data completamento attività in ambito GDPR per flusso SIAR	<= Data da scheda misurazione S.5.2	R	3	Trasmissione DPIA relativa ai flussi NSIS e regionali - validazione da parte del DPO. Rif. prot. 32174 del 30/12/2024 con cui è stata acquisita a protocollo la corrispondenza intercorsa a mezzo mail con il DPO nonché il parere reso in data 24/12/2024	1-Raggiunto	3

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**96**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**96**

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	1	5-Non Disponibile		

**E** *Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
E.2.1 Presa in carico dell'attività di gestione del payback DM secondo procedura regionale	1 Data completamento proposta di procedura di restituzione delle somme erroneamente versate	<= 30.09.2024	R	5	<= 30.09.2024	1-Raggiunto	5	
	2 Data formalizzazione relazione a Regione su attività di supporto, indicazioni fornite alle aziende, attuazione compensazione debiti ed eventuale attuazione procedure di restituzione	<= 31.01.2025	P	2	<= 31.01.2025	1-Raggiunto	2	
E.3.3 Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	1 Invio della dichiarazione del DG relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità	Rispetto della scadenza	R	7	Rispetto della scadenza	1-Raggiunto	7	
	2 Pubblicazione della dichiarazione del DG relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità	Rispetto della scadenza	R	7	Rispetto della scadenza	1-Raggiunto	7	
	3 Pubblicazione PIAO	Rispetto della scadenza	R	7	Rispetto della scadenza	1-Raggiunto	7	
	4 Pubblicazione attestazioni OIV relative all'assolvimento degli obblighi di trasparenza	Rispetto della scadenza	R	5	Rispetto della scadenza	1-Raggiunto	5	

**P Sviluppo processi interni**

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT. 68	CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1	Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 69	INCONFERIBILITA': Accertarsi che il personale cessato (Dirigente o di categoria D) non abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati nell'anno solare precedente	1	Controllo a campione del personale cessato di qualifica dirigenziale e di categoria D (con riferimento all'anno solare precedente).	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 71	PNRR: Corretta individuazione del titolare effettivo nelle assegnazioni PNRR	1	Effettuare controllo sul campione e predisporre report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 72	Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	1	Verificare sul campione la corretta e adeguata pubblicazione di quanto previsto dalla norma e predisporre report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 73	PNRR:Verifica procedure di gara da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnrr	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 74	PNRR: Verifica procedure contabili da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnrr	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 75	PNRR: Verifica del corretto caricamento dei dati su Regis	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 76	PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 78	Trasparenza BDNCP: Corretta applicazione della normativa prevista nella delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 di ANAC	1	Verifica a campione (5%) della corretta applicazione della normativa	campione controllato >=5%	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 79	Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1	DOR Caricato in drive	si	R	5	si	1-Raggiunto	5
INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	1	Predisposizione di una check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	5	Si	1-Raggiunto	5
		2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	1	1-Raggiunto	1

	3	Predisposizione di un modello per l'individuazione del rischio riciclaggio nei processi aziendali	Definizione modello	R	5	Definizione modello	1-Raggiunto	5	
INT.82	1	SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	P	1	Approvazione standard processo dalla Direzione.	5-Non Disponibile	
INT.83	1	Adozione di Linee Guida comuni alle Aziende ed Enti del SSR per la predisposizione del Regolamento per la formazione di un elenco di avvocati per l'affidamento di incarichi di patrocinio.	Trasmissione alla Direzione Strategica aziendale di una proposta di Linee Guida comuni alle Aziende ed Enti del SSR per la predisposizione del Regolamento per la formazione di un elenco di avvocati per l'affidamento di incarichi di patrocinio.	Si	R	1	SI	1-Raggiunto	1
INT.84	1	Predisposizione istruttoria del contenzioso, rapporti con il legale incaricato e trasmissione documentazione entro i termini per la costituzione in giudizio	% Deliberazioni di incarico adottate nei termini di legge per la costituzione in giudizio	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
	1		% Deliberazioni di incarico adottate nei termini di legge per la costituzione in giudizio	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
	1		% Deliberazioni di incarico adottate nei termini di legge per la costituzione in giudizio	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT.85	1	Redazione pareri a supporto delle strutture aziendali comprese istanze di accesso agli atti	% Emissione pareri e fornitura di consulente entro 15 giorni dalla richiesta	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
	1		% Emissione pareri e fornitura di consulente entro 15 giorni dalla richiesta	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
	1		% Emissione pareri e fornitura di consulente entro 15 giorni dalla richiesta	1	R	1	1	1-Raggiunto	1

#### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG	
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	1	1-Raggiunto	2
Q.5	Supporto tecnico alla gestione del rischio clinico e del contenzioso sanitario	5	Redazione pareri entro 60 gg da riscontro UOC Rischio Clinico	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
		5	Redazione pareri entro 60 gg da riscontro UOC Rischio Clinico	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
		5	Redazione pareri entro 60 gg da riscontro UOC Rischio Clinico	1	R	2	1	1-Raggiunto	2

S *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1 n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	1	1-Raggiunto	2	
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>					<b><u>98</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>			<b><u>98</u></b>

**Obiettivi e indicatori:**

**A Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	<sup>3</sup> Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	3	1	1-Raggiunto	3	

**P Sviluppo processi interni**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	<sup>1</sup> Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	SI	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	<sup>1</sup> DOR Caricato in drive	si	R	4	SI	1-Raggiunto	4	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	<sup>1</sup> Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	SI	1-Raggiunto	1	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	<sup>2</sup> Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	SI	1-Raggiunto	1	
INT.25 Implementazione della gestione del rischio clinico in ambito socio sanitario	<sup>1</sup> N. Lezione corso di formazione per valutatori regionali	1	R	7	1	1-Raggiunto	7	
INT.55 Prosecuzione delle attività di accreditamento continuo con il gruppo di lavoro tematico sulle competenze dei professionisti	<sup>1</sup> N. incontri	>=2	R	5	>=2	1-Raggiunto	5	
	<sup>1</sup> N. incontri	>=1	R	7	>=1	1-Raggiunto	7	

1	N. incontri	>=3	R	3	>=3	1-Raggiunto	3
2	Stesura proposta di un glossario delle competenze	Adempimento	R	3	Adempimento	1-Raggiunto	3

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1 gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	3	0	5-Non Disponibile		
Q.2.3	Mappatura delle strutture e dei servizi socio-sanitari territoriali del SSSR	1 Predisporre un elenco delle strutture e dei servizi sanitari e socio-sanitari	si	R	5	si	1-Raggiunto	5	
		2 Fornire alla Regione aggiornamenti dell'elenco in risposta alle richieste regionali	si	R	2	si	5-Non Disponibile		
Q.3.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	1 Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	5	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	5	
		1 Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	7	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	7	
		1 Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	2	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	2	
Q.3.2	Aggiornamento della reportistica e sviluppo di progettualità per la gestione dati relativi all'esperienza del paziente	2 Definizione per il catalogo progetti qualità delle informazioni raccolte con i questionari sull'esperienza del paziente	Si	P	5	si	1-Raggiunto	5	

Q.3.3	Sanità partecipata: costituzione formale dell'assemblea delle associazioni e avvio attività	4	N. assemblee svolte	>= 1	P	5	>= 1	1-Raggiunto	5
		4	N. assemblee svolte	>= 3	P	3	>= 3	1-Raggiunto	3
Q.4.1	Sviluppo di sistema informativo per gestione processo autorizzazione e accreditamento	1	Fornitura materiale informativo e organizzazione sessioni dimostrative degli applicativi in uso funzionali allo sviluppo e all'attivazione del sistema informativo per gestione processo autorizzazione e accreditamento	SI	R	7	SI	1-Raggiunto	7
		2	incontri programmati con il fornitore	6	R	3	12	1-Raggiunto	3
Q.6.1	Mappatura stato di attuazione dei pdta regionali	1	Invio alle aziende del questionario dei 6 PDTA indicati dalla Regione	si	R	7	si	1-Raggiunto	7
		2	Relazione e relativo dataset sullo stato dell'arte dei PDTA regionali + valutazione	si	R	6	si	1-Raggiunto	6
		4	Strutturazione di una procedura di condivisione della documentazione relativa ai PDTA	si	R	3	si	1-Raggiunto	3

**S** *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	0	5-Non Disponibile		

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**93**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**93**

## Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	1 Misurazione di almeno il 50% degli indicatori SLA	0,5	R	3	si	1-Raggiunto	3	
Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	2 Misurazione del 100% degli indicatori SLA	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

**E** *Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
E.1.2 Costituzione e attivazione di soluzioni organizzative per la cost analysis del SSSR veneto	1 Individuazione formale struttura organizzativa che svolgerà l'analisi	Si	R	5	Si	1-Raggiunto	5	
	2 Definizione metodologia condivisa e piano di attività dell'anno	Si	R	3	Si	1-Raggiunto	3	
	3 Condivisione risultati dell'analisi effettuata con le Aziende	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
E.1.3 Aggiornamento dei "rapporti gestionali" per settori e secondo le indicazioni della programmazione regionale	1 Analisi dei costi per livelli di assistenza delle SSR e confronto con altre regioni	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
	2 Invio rapporto di gestione sulla Medicina di Laboratorio	Si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
	3 Invio rapporto di gestione sulla Diagnostica per Immagini	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	

E.2.1	Presenza in carico dell'attività di gestione del payback DM secondo procedura regionale	1	Data completamento proposta di procedura di restituzione delle somme erroneamente versate	<= 30.09.2024	R	3	<= 30.09.2024	1-Raggiunto	3
		2	Data formalizzazione relazione a Regione su attività di supporto, indicazioni fornite alle aziende, attuazione compensazione debiti ed eventuale attuazione procedure di restituzione	<= 31.01.2025	R	2	<= 31.01.2025	1-Raggiunto	2
		3	Completamento rendicontazione payback anni 2019-2020-2021	<= 31.03.2024	R	4	<= 31.03.2024	1-Raggiunto	4
E.4	Soddisfazione richieste regionali Piani risanamento IPAB	1	Rispetto dei tempi delle richieste. Monitoraggio ritardo	0 gg	R	4	0 gg	1-Raggiunto	4
		2	Rispetto dei tempi delle richieste. Monitoraggio ritardo	0 gg	R	3	0 gg	1-Raggiunto	3
		3	Rispetto dei tempi delle richieste. Monitoraggio ritardo	0 gg	R	1	0 gg	1-Raggiunto	1

**P Sviluppo processi interni**

OBIETTIVO		INDICATORE		VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT. 68	CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1	Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 72	Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	2	Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 74	PNRR: Verifica procedure contabili da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnrr	2	Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 76	PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	2	Nr. di rilievi emersi	0	P	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 79	Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1	DOR Caricato in drive	si	R	3	si	1-Raggiunto	3	
INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT.56	Rimborso degli oneri di accreditamento	1	Rispetto tempistiche concordate con Regione per i rimborsi	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

INT.57	Aggiornamento donazioni beni Covid	1	Aggiornamento prospetto condiviso con Regione su donazioni beni Covid al 31.12.2023	si	R	4	si	1-Raggiunto	4
INT.58	Implementazione azioni di miglioramento nel Percorso Attuativo della certificabilità (PAC)	1	Revisione procedura interna nell'area DEBITI e COSTI (come da nota Azero 33012 del 29/12/2023)	si	R	3	si	1-Raggiunto	3
		2	Implementare controlli di primi livello all'interno della UOC (come da nota Azero 33012 del 29/12/2023)	si	R	3	si	1-Raggiunto	3
INT.59	Gestione rendicontazioni e rimborsi su epizootie peste suina	1	Rispetto tempistiche concordate con Regione per le rendicontazioni	1	R	2	1	1-Raggiunto	2
INT.60	Gestione del ciclo passivo con riferimento alle iniziative PNRR	1	Indicatore tempestività pagamenti I trimestre 2024	<60 gg	R	5	43,64	1-Raggiunto	5
		2	Indicatore tempestività pagamenti II trimestre 2024	<60 gg	R	4	46,04	1-Raggiunto	4
		3	Indicatore tempestività pagamenti III trimestre 2024	<60 gg	R	1	<60 gg	1-Raggiunto	1
		4	Indicatore tempestività pagamenti VI trimestre 2024	<60 gg	R	2	<60 gg	1-Raggiunto	2
		5	% documentazione relativa al ciclo passivo PNRR archiviata	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT.61	Avvio nuovo applicativo per la raccolta e consolidamento dei bilanci degli Enti del SSR	1	Implementazione dati nuovo applicativo	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT.62	Rispetto programmazione regionale sui contenimento dei costi (Obiettivo da PIAO)	1	Rispetto tempistiche invio Relazione trimestrale sull'andamento economico Regolamento 1/2018 - Dati al 31.12.2023	<=15.02.2024	R	5	<=15.02.2024	1-Raggiunto	5
		2	Invio informativo economico-contabile su dati CECT T4 2023	<=15.02.2024	R	5	<=15.02.2024	1-Raggiunto	5
		3	Rispetto scadenza regionale per invio istruttoria tecnica per Tavolo Adempimenti su CECT T4 2023	si	R	2	si	1-Raggiunto	2
		4	Redazione bilancio consolidato SSR Regione Veneto	<= 30.06.2024	R	3	<= 30.06.2024	1-Raggiunto	3
		5	Rispetto scadenza regionale per invio istruttoria tecnica per Tavolo Adempimenti su CONSUNTIVO 2023	si	R	2	si	1-Raggiunto	2
		6	Rispetto tempistiche invio Relazione trimestrale sull'andamento economico Regolamento 1/2018 - Dati al 30.06.2024	<=31.08.2024	R	3	<=31.08.2024	1-Raggiunto	3

	7	Invio informativo economico-contabile su dati CECT T2 2024	<=31.08.2024	R	3	<=31.08.2024	1-Raggiunto	3
INT.64 Relazione Socio-Sanitaria	1	Predisposizione sezione "Gestione delle risorse"	si	R	4	si	1-Raggiunto	4

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
Q.1.1 Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1 gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	1	0	5-Non Disponibile		

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1 Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1 n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	1	0 gg di ritardo	1-Raggiunto	1	

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**99**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**99**

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	UO CRAT non ha SLA	5-Non Disponibile		

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	2	non pervenute indicazioni	5-Non Disponibile		
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	5	in fase di revisione	1-Raggiunto	5	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	inviato con nota prot. 31733 del 23/12/2024	1-Raggiunto	2	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2 Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	2	inviato con nota prot. 31733 del 23/12/2024	1-Raggiunto	2	
INT.38 Chiusura documento PDTA_PBM e monitoraggio attività	1 Conclusione attività di coordinamento e segreteria scientifica come previsto dal DDR n. 90 del 30 novembre 2023	si	R	2	documento in fase di approvazione	1-Raggiunto	2	
INT.39 Supporto a strutture di A-Zero	1 Aggiornamento trimestrale dei dati di raccolta di globuli rossi e plasma per il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	si	R	2	il 13/01/2025 dati caricati nella cartella condivisa con il SER	1-Raggiunto	2	

	1	Aggiornamento trimestrale dei dati di raccolta di globuli rossi e plasma per il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	si	R	10	il 17/04/2024 dati caricati nella cartella condivisa con il SER	1-Raggiunto	10
	1	Aggiornamento trimestrale dei dati di raccolta di globuli rossi e plasma per il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	si	R	6	n/a	1-Raggiunto	6
	1	Aggiornamento trimestrale dei dati di raccolta di globuli rossi e plasma per il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	si	R	2	il 14/10/2024 dati caricati nella cartella condivisa con il SER	1-Raggiunto	2
	2	Medicinali Plasmaderivati non in conto lavoro: raccolta fabbisogno complessivo Farmacie Ospedaliere della Regione Veneto	si	R	2	n/a	1-Raggiunto	2
	3	Ripartizione quote per le singole Farmacie Ospedaliere per singolo prodotto medicinale plasmaderivato	si	R	3	incontro 19/12/2024	1-Raggiunto	3
	4	Ripartizione delle fatture CSL Behring per la lavorazione del plasma, individuando il costo da imputare ad ogni singola azienda sanitaria sulla base dei medicinali plasmaderivati ritirati (trimestralmente)	si	R	10	il 12/04/2024 dati inviati via mail	1-Raggiunto	10
	4	Ripartizione delle fatture CSL Behring per la lavorazione del plasma, individuando il costo da imputare ad ogni singola azienda sanitaria sulla base dei medicinali plasmaderivati ritirati (trimestralmente)	si	R	2	il 03/01/2025 dati inviati via mail	1-Raggiunto	2
	4	Ripartizione delle fatture CSL Behring per la lavorazione del plasma, individuando il costo da imputare ad ogni singola azienda sanitaria sulla base dei medicinali plasmaderivati ritirati (trimestralmente)	si	R	6	n/a	1-Raggiunto	6
	4	Ripartizione delle fatture CSL Behring per la lavorazione del plasma, individuando il costo da imputare ad ogni singola azienda sanitaria sulla base dei medicinali plasmaderivati ritirati (trimestralmente)	si	R	2	n/a	1-Raggiunto	2
INT.40	1	Monitoraggio e rendicontazione Obiettivi assegnati ai DDGG AOH08Za_SUB1, AOH08Zb_SUB1	1	R	2	il 14/02/2025 inviati i dati di monitoraggio	1-Raggiunto	2
	1	% e monitoraggio delle tempistiche definite dalla Regione	1	R	6	n/a	1-Raggiunto	6

INT.41	Incontri periodici con FFOO del Veneto sulla gestione dei MPD	1	N. incontri nell'anno	1	R	15	9/2 e incontri ad hoc con singole farmacie dal 3/04/2024 al 08/04/2024	1-Raggiunto	15
		1	N. incontri nell'anno	2	R	6	seminario del 23/05/2024	1-Raggiunto	6
		1	N. incontri nell'anno	3	R	6	n/a	1-Raggiunto	6
		1	N. incontri nell'anno	4	R	2	incontro 19/12/2024	1-Raggiunto	2

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	non pervenute richieste a CRAT	5-Non Disponibile

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	non pervenute richieste a CRAT	5-Non Disponibile

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**93**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**93**

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	1	1-Raggiunto	2	

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	si	1-Raggiunto	1	
INT. 71 PNRR: Corretta individuazione del titolare effettivo nelle assegnazioni PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	2	1	1-Raggiunto	2	
INT. 72 Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	2	1	1-Raggiunto	2	
INT. 73 PNRR:Verifica procedure di gara da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnr	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	2	1	1-Raggiunto	2	
INT. 76 PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	P	2	1	1-Raggiunto	2	
INT. 78 Trasparenza BDNCP: Corretta applicazione della normativa prevista nella delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 di ANAC	2 Nr. anomalia	0	R	1	1	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	7	si	1-Raggiunto	7	

INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	si	1-Raggiunto	2
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	2	1	1-Raggiunto	2

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG	
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	0	5-Non Disponibile		
Q.4.1	Sviluppo di sistema informativo per gestione processo autorizzazione e accreditamento	4	Pubblicazione gara d'appalto		R	2	Si	1-Raggiunto	2	
Q.5.1	Rispetto del cronoprogramma gare	1	Incontro per revisione file condiviso monitoraggio gare	>=1	R	7	>=1	1-Raggiunto	7	
		2	Rispetto del cronoprogramma gare	100%	R	7	88%	3-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	3,5	Aggiudicate nei termini indicati dalla regione n.23 gare su 26; il ritardo di 3 non è imputabile alla UOC - ACCOLTE EVIDENZE
		2	Rispetto del cronoprogramma gare	100%	R	10	100 %	1-Raggiunto	10	
		2	Rispetto del cronoprogramma gare	100%	R	2	89%	3-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	1	Aggiudicate nei termini indicati dalla regione n.18 gare su 20; il ritardo di 2 non è imputabile alla UOC - ACCOLTE EVIDENZE
		3	Rispetto alle gare 2023 slittate rispetto del timing standard	100%	R	7	80%	3-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	3,5	Aggiudicate nei termini rimodulati dalla regione n.4 gare su 5; il ritardo di 1 non è imputabile alla UOC - ACCOLTE EVIDENZE
		3	Rispetto alle gare 2023 slittate rispetto del timing standard	100%	R	10	1	1-Raggiunto	10	
		3	Rispetto alle gare 2023 slittate rispetto del timing standard	100%	R	2	100%	1-Raggiunto	2	

Q.5.2	Garantire efficienza e tempestività nell'acquisizione di farmaci: aggiudicazione del generico/biosimilare entro 60 giorni dalla disponibilità sul mercato	1	Aggiudicazione procedura di acquisizione del generico/biosimilare entro 60 giorni dalla disponibilità sul mercato	<=60 gg	R	7	1	1-Raggiunto	7
		1	Aggiudicazione procedura di acquisizione del generico/biosimilare entro 60 giorni dalla disponibilità sul mercato	<=60 gg	R	15	100 %	1-Raggiunto	15
		1	Aggiudicazione procedura di acquisizione del generico/biosimilare entro 60 giorni dalla disponibilità sul mercato	<=60 gg	R	2	1	1-Raggiunto	2
Q.8.4	Sviluppo e attivazione di un sistema informativo unico regionale per la gestione formazione-ecm	3	Aggiudicazione gara	si	R	2	1	1-Raggiunto	2

**S** *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG	
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	1	0	R	2	1	1-Raggiunto	2

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**98**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**90**

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	1	1-Raggiunto	2	

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Inviata osservazioni sul Regolamento.	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	2	DOR caricato in drive	1-Raggiunto	2	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Effettuata compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	1-Raggiunto	1	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2 Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Compilata check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	1-Raggiunto	1	
INT.45 Supporto all'attività di analisi predittive del fabbisogno, anche formativo, delle professioni sanitarie	1 Partecipazione ad incontri in collaborazione con la struttura dell'Area Sanità e Sociale	>= 2 incontri	P	3	Effettuati 4 incontri	1-Raggiunto	3	

INT.46	Supporto all'attività istruttoria per il riconoscimento dei titoli del pregresso ordinamento delle professioni sanitarie	1	Partecipazione ad incontri in collaborazione con la struttura dell'Area Sanità e Sociale	>= 2 incontri	R	3	Effettuati 2 incontri	1-Raggiunto	3
INT.47	Gestione del procedimento di accreditamento provvisorio, standard e rinnovo dei provider ECM	1	% domande di accreditamento provvisorio, standard e rinnovo dei provider ECM valutate entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta, domanda pervenuta entro il 30/06/2024	100%	R	3	1	1-Raggiunto	3
		1	% domande di accreditamento provvisorio, standard e rinnovo dei provider ECM valutate entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta, domanda pervenuta entro il 31/03/2024	100%	R	6	1	1-Raggiunto	6
		2	% domande di accreditamento provvisorio, standard e rinnovo dei provider ECM valutate entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta	100%	R	2	100% (8/8)	1-Raggiunto	2
INT.48	Mantenimento del funzionamento del sistema ECM	1	% comunicazioni evase (chiuse) attraverso il canale comunicazioni entro 30 giorni dal ricevimento	>=98%	R	2	99,52% di comunicazioni evase (chiuse) attraverso il canale comunicazioni entro 30 giorni dal ricevimento	1-Raggiunto	2
INT.49	Revisione del procedimento di accreditamento standard e di rinnovo dell'accredimento dei Provider ECM	1	Predisposizione di un documento di proposta di revisione del processo di accreditamento	Adempimento	R	6	Predisposto documento	1-Raggiunto	6
		2	Condivisione con Area Sanità e Sociale del documento di revisione del processo di accreditamento	Adempimento	R	3	Effettuata condivisione	1-Raggiunto	3
INT.50	Rinnovo della Commissione Regionale ECM e Osservatorio Regionale	1	Predisposizione di un documento di proposta alla Regione di revisione dei criteri di composizione degli organismi CRECM e OR	Invio del documento	R	6	Inviato documento	1-Raggiunto	6
INT.51	Comunità di pratica con i provider ECM per valutazione dell'impatto dell'attività formativa	1	Strutturazione e avvio del percorso: n. incontri con le AASS	>= 3 incontri	R	2	Effettuati 4 incontri	1-Raggiunto	2
INT.54	Partecipazione alla Commissione Consultiva Regionale per la Radioprotezione	1	Rispetto del cronoprogramma	Adempimento	R	2	Adempimento	1-Raggiunto	2
INT.55	Prosecuzione delle attività di accreditamento continuo con il gruppo di lavoro tematico sulle competenze dei professionisti	1	N. incontri	>=2	P	3	Effettuati 2 incontri	1-Raggiunto	3
		1	N. incontri	>=1	P	6	Effettuati 2 incontri	1-Raggiunto	6

1	N. incontri	>=3	P	1	Effettuati 5 incontri	1-Raggiunto	1
2	Stesura proposta di un glossario delle competenze	Adempimento	P	1	Glossario realizzato	1-Raggiunto	1

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT.44	Produzione analisi e valutazioni sugli indicatori di esito nell'ambito del "Progetto Esiti"	1	Presentazione di report sugli indicatori degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica a tutte le Aziende	12 Aziende Venete entro il 30.06.2024	R	3	Presentati i report sugli indicatori alle 12 Aziende Venete entro il	1-Raggiunto	3
		2	Invio documento finale ad Area Sanità e Sociale con analisi e valutazione dati 1° semestre 2024 vs 1° semestre 2023	Invio entro la scadenza	R	2	Documento finale inviato Area Sanità e Sociale	1-Raggiunto	2
INT.53	Supporto al Tavolo Tecnico per la valutazione delle tecnologie sanitarie (tecnologie di imaging) DDR 78 del 28/08/2023	1	Partecipazione al GdL tecnico	>= 5 incontri	P	3	Effettuati 14 incontri	1-Raggiunto	3
		1	Partecipazione al GdL tecnico	>= 8 incontri	P	1	Effettuati 16 incontri totali nel 2024	1-Raggiunto	1
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	Nessuna Direttiva pervenuta all'UOC FSPS	5-Non Disponibile	
Q.3.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	1	Dato seguito alle indicazioni concordate con la Cabina di regia	1-Raggiunto	1

	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	6	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	6
	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	1	Effettuato supporto e monitoraggio progetti di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	1-Raggiunto	1
Q.3.2	2	Aggiornamento della reportistica e sviluppo di progettualità per la gestione dati relativi all'esperienza del paziente	Definizione per il catalogo progetti qualità delle informazioni raccolte con i questionari sull'esperienza del paziente	P	3	Predisposto catalogo progetti qualità	1-Raggiunto	3
Q.3.3	4	Sanità partecipata: costituzione formale dell'assemblea delle associazioni e avvio attività	N. assemblee svolte	P	3	Effettuata 1 assemblea	1-Raggiunto	3
	4		N. assemblee svolte	P	2	Effettuate 3 assemblee	1-Raggiunto	2
Q.8.4	1	Sviluppo e attivazione di un sistema informativo unico regionale per la gestione formazione-ecm	Analisi di un sistema informativo unico regionale per la gestione formazione-ecm	R	3	Predisposto capitolato	1-Raggiunto	3

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT.42 Supporto al gruppo di lavoro per attuazione al Decreto 31 del Direttore della Programmazione Sanitaria "Percorso unico della dimissione protetta ospedaliera".	1 Raccolta e analisi degli indicatori previsti con restituzione di un report del livello di raggiungimento degli indicatori previsti	>=1 report a UO Cure Primarie Area Sanità e Sociale	P	2	Prodotto 1 report inviato alla Programmazione Sanitaria dell'SSR	1-Raggiunto	2	
INT.43 Supporto al gruppo di lavoro per attuazione DGR 574/2023 "Approvazione Piano operativo regionale - Assistenza Domiciliare e prime indicazioni operative e organizzative. PNRR M. 6 C. 1 - Inv. 1.2 - Sub-Inv. 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI)"	1 Predisposizione della scheda di audit	Predisposizione della scheda	P	6	Predisposta scheda	1-Raggiunto	6	

	2	Partecipazione incontri gruppo di lavoro-N. audit		P	3	Realizzati 9 audit su 9 Aziende previste	1-Raggiunto	3
S.2.1	1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	0	5-Non Disponibile	
S.3.1	1	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione" Monitoraggio e supporto alle AASS	100% nei tempi richiesti	R	1	Effettuato monitoraggio e supporto all AASS	1-Raggiunto	1
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>					<b><u>96</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>		<b><u>96</u></b>

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	1	5-Non Disponibile		

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Regolamento approvato	1-Raggiunto	1	
INT. 69 INCONFERIBILITA': Accertarsi che il personale cessato (Dirigente o di categoria D) non abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati nell'anno solare precedente	1 Controllo a campione del personale cessato di qualifica dirigenziale e di categoria D (con riferimento all'anno solare precedente).	campione controllato >=5%	R	2	Definizione controllo	1-Raggiunto	2	
INT. 70 PNRR: approfondimento ed analisi del modello di controllo previsto dalla normativa nazionale in materia.	1 Predisposizione modello per la gestione dei controll PNRR, secondo normativa vigente	Si	R	5	5	1-Raggiunto	5	
INT. 71 PNRR: Corretta individuazione del titolare effettivo nelle assegnazioni PNRR	1 Effettuare controllo sul campione e predisporre report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2	
INT. 72 Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	1 Verificare sul campione la corretta e adeguata pubblicazione di quanto previsto dalla norma e predisporre report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2	
INT. 73 PNRR:Verifica procedure di gara da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnrr	1 Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2	

INT. 74	PNRR: Verifica procedure contabili da un punto di vista della compliance alla normativa in tema pnrr	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2
INT. 75	PNRR: Verifica del corretto caricamento dei dati su Regis	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2
INT. 76	PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	1	Verificare sul campione l'applicazione della check list predisposta e stesura report	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2
INT. 78	Trasparenza BDNCP: Corretta applicazione della normativa prevista nella delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 di ANAC	1	Verifica a campione (5%) della corretta applicazione della normativa	campione controllato >=5%	R	2	Audit Report	1-Raggiunto	2
INT. 79	Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1	DOR Caricato in drive	si	R	10	si	1-Raggiunto	10
		2	Supporto per aggiornamento DOR	si	R	10	si	1-Raggiunto	10
INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	Costruzione modello	1-Raggiunto	2
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	1	Predisposizione di una check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	5	Si	1-Raggiunto	5
		2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	2	Definizione Check List	1-Raggiunto	2
		3	Predisposizione di un modello per l'individuazione del rischio riciclaggio nei processi aziendali	Definizione modello	R	10	Definizione modello	1-Raggiunto	10
INT. 82	SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	1	Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	P	1	Procedura processo	1-Raggiunto	1
INT. 97	supporto al Coordinamento regionali Rischi Amministrativi Contabili	1	supporto al Coordinamento regionali Rischi Amministrativi Contabili relativamente alle attività di audit organizzate	Si	R	10	10	1-Raggiunto	10
INT. 98	Supporto Collegio Sindacale	1	supporto a Regione (Area Sanità e Sociale) nell'attività di verifica dei rilievi fatti dal MEF sui verbali dei Collegi Sindacali delle Aziende del SSR per l'anno 2023	Si	R	10	10	1-Raggiunto	10
INT. 99	PIAO	1	raccolta, predisposizione e deliberazione del PIAO aziendale	Si	R	10	10	1-Raggiunto	10

P.3	Potenziamento del sistema dei controlli dei processi aziendali	1	n. Processi aziendali con mappatura rischio fronte aggiornato / n. totale processi aziendali preventivato	3		2	Modello di controllo	1-Raggiunto	2
-----	--	---	---	---	--	---	----------------------	-------------	---

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	0	5-Non Disponibile

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	0	5-Non Disponibile

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**94**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**94**

**Obiettivi e indicatori:**

**A Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	Raggiunto SLA	1-Raggiunto	2	

**E Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
E.3.1 Rispetto dei limiti di costo del personale	1 Costo del personale - Tetto costo del personale	<=0	R	2	<0	1-Raggiunto	2	

**P Sviluppo processi interni**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT. 67 CODICE DI COMPORTAMENTO: Adeguamento regolamento aziendale, relativamente all'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media e sul rispetto del divieto di pantouflage.	1 Aggiornamento del regolamento secondo normativa vigente.	Si	R	5	Si	1-Raggiunto	5	
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	2	SI	1-Raggiunto	2	
INT. 69 INCONFERIBILITA': Accertarsi che il personale cessato (Dirigente o di categoria D) non abbiano percepito redditi dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati nell'anno solare precedente	1 Controllo a campione del personale cessato di qualifica dirigenziale e di categoria D (con riferimento all'anno solare precedente).	campione controllato >=5%	P	1	trasmissione elenco dirigenti per successivo campionamento da parte del RPCT	1-Raggiunto	1	

INT. 79	Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1	DOR Caricato in drive	si	R	5	si	1-Raggiunto	5
INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	SI	1-Raggiunto	2
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	SI	1-Raggiunto	1
INT. 82	SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	1	Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	R	3	documento trasmesso a Internal Audit	1-Raggiunto	3

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	1	0	5-Non Disponibile	
Q.3.3	Sanità partecipata: costituzione formale dell'assemblea delle associazioni e avvio attività	1	Attivazione della procedura speciale mediante avviso di manifestazione di interesse per partecipare all'Assemblea permanente delle organizzazioni dei cittadini e dei pazienti (in esecuzione della DGR della Regione del Veneto n. 1227 del 10/10/2023)	Attivazione della procedura	R	10	Attivazione della procedura	1-Raggiunto	10
		2	Gestione della procedura per l'adesione e verifica dei requisiti delle organizzazioni che presentano domanda di adesione all'Assemblea di cui alla DGRV n. 1227 del 10/10/2023	Invio formale in RV delle risultanze dell'istruttoria della procedura	R	8	Invio formale in RV delle risultanze dell'istruttoria della procedura	1-Raggiunto	8
		2	Gestione della procedura per l'adesione e verifica dei requisiti delle organizzazioni che presentano domanda di adesione all'Assemblea di cui alla DGRV n. 1227 del 10/10/2023	Invio in RV delle risultanze dell'istruttoria della procedura	R	6	Invio in RV delle risultanze dell'istruttoria della procedura	1-Raggiunto	6

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	1	0	5-Non Disponibile	

S.6.1	Rispetto dei concorsi programmati	1	Aggiornamento file dello stato concorsi secondo indicazioni concordate con RV - invio n. report mensile da gennaio	9	R	12	9	1-Raggiunto	12
		1	Aggiornamento file dello stato concorsi secondo indicazioni concordate con RV - invio n. report mensile da gennaio	5	R	12	5	1-Raggiunto	12
		1	Aggiornamento file dello stato concorsi secondo indicazioni concordate con RV - invio n. report mensile da gennaio	12	R	5	12	1-Raggiunto	5
		2	Aggiornamento dello stato delle "attività parallele" di reclutamento del personale (manifestazioni di interesse, procedure comparative, ...) e altre procedure speciali richieste da RV - invio n. report mensile da marzo	7	R	9	7	1-Raggiunto	9
		2	Aggiornamento dello stato delle "attività parallele" di reclutamento del personale (manifestazioni di interesse, procedure comparative, ...) e altre procedure speciali richieste da RV - invio n. report mensile da marzo	3	R	9	3	1-Raggiunto	9
		2	Aggiornamento dello stato delle "attività parallele" di reclutamento del personale (manifestazioni di interesse, procedure comparative, ...) e altre procedure speciali richieste da RV - invio n. report mensile da marzo	10	R	4	10	1-Raggiunto	4

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**98**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**98**

**Obiettivi e indicatori:**

**A Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	<sup>3</sup> Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

**E Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
E.2.1 Presa in carico dell'attività di gestione del payback DM secondo procedura regionale	<sup>2</sup> Data formalizzazione relazione a Regione su attività di supporto, indicazioni fornite alle aziende, attuazione compensazione debiti ed eventuale attuazione procedure di restituzione	<= 31.01.2025	P	1	<= 31.01.2025	1-Raggiunto	1	

**P Sviluppo processi interni**

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	<sup>1</sup> Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	<sup>1</sup> DOR Caricato in drive	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	<sup>1</sup> Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	<sup>2</sup> Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	

INT.1	Aggiornamento del report sulle richieste di risarcimento per supposta infezione correlata alle cure sanitarie	1	N. Report entro le tempistiche richieste	1	P	1	1	1-Raggiunto	1
INT.28	Organizzazione raccolta dati CSIA e generazione di un report regionale	1	N. Produzione Report	1	P	1	1	1-Raggiunto	1
INT.32	Supporto alle attività della Rete Oncologica Veneta	1	monitoraggio dei volumi di attività chirurgica oncologica - N. report	4	R	1	4	1-Raggiunto	1
		1	monitoraggio dei volumi di attività chirurgica oncologica - N. report	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		1	monitoraggio dei volumi di attività chirurgica oncologica - N. report	2	R	1	1	1-Raggiunto	1
		1	monitoraggio dei volumi di attività chirurgica oncologica - N. report	3	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT.33	Dispositivo vigilanza	1	N. rapporto regionale relativo alle segnalazioni di incidente con dispositivi medici - Anno 2023	1	R	2	1	1-Raggiunto	2
INT.34	Produzione relazione e dati per Adempimenti LEA C14 C15	1	relazione flussi-traccia I tr 2024	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
		1	relazione flussi-traccia II tr 2024	3	R	1	3	1-Raggiunto	1
		2	relazione flussi-bilanci 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		3	relazione flussi-traccia 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		4	relazione flussi-bilancio I tr 2024	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
		4	relazione flussi-bilancio II tr 2024	3	R	1	3	1-Raggiunto	1
INT.35	Produzione report anni 2023-2024	1	Report PNCAR 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		1	Report PNCAR I sem 2024	2	R	1	1	1-Raggiunto	1
		2	N. relazione cannabis 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		3	N. fondo aifa 5% 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		4	N. report consumi farmaceutica	5	R	1	5	1-Raggiunto	1
		4	N. report consumi farmaceutica	3	R	1	3	1-Raggiunto	1
		4	N. report consumi farmaceutica	7	R	1	7	1-Raggiunto	1
		5	N. report consumi DM	4	R	1	4	1-Raggiunto	1
5	N. report consumi DM	2	R	1	2	1-Raggiunto	1		

	5	N. report consumi DM	4	R	1	6	1-Raggiunto	1
	6	N. report contratti DM 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	6	N. report contratti DM I sem 2024	2	R	1	1	1-Raggiunto	1
	7	N. report AP	4	R	1	4	1-Raggiunto	1
	7	N. report AP	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
	7	N. report AP	6	R	1	6	1-Raggiunto	1
	8	N. report HCV 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	8	N. report HCV I sem 2024	2	R	1	1	1-Raggiunto	1
	9	N. report GH	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
	9	N. report GH	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	9	N. report GH	3	R	1	3	1-Raggiunto	1
	10	N. report EBPM	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
	10	N. report EBPM	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	10	N. report EBPM	3	R	1	3	1-Raggiunto	1
INT.36	1	N. report sull'utilizzo delle TAVI da flussi amministrativi SDO	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	2	N. report periodici (osservatorio TAVI) su consumo e spesa TAVI	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
	2	N. report periodici (osservatorio TAVI) su consumo e spesa TAVI	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	2	N. report periodici (osservatorio TAVI) su consumo e spesa TAVI	3	R	1	3	1-Raggiunto	1

**Q** *Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT.17 Produzione di reportistica e supporto al monitoraggio e valutazione sulle reti cliniche, sui PDTA, sull'attività erogata e sull'utilizzo delle tecnologie delle aziende sanitarie	1 N. Relazione annuale sul monitoraggio attività ospedaliera	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

	2	N° report monitoraggio PDTA area emergenza	2	R	2	2	1-Raggiunto	2	
	3	N. relazione annuale monitoraggio rete IMA	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	4	N. relazione annuale monitoraggio rete Ictus	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	5	N.° relazione attività PS	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	5	N.° relazione attività PS	2	R	1	2	1-Raggiunto	1	
	6	N° report tempi di attesa e permanenza in PS	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	6	N° report tempi di attesa e permanenza in PS	2	R	1	2	1-Raggiunto	1	
	7	N. report attività chirurgica robotica	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	8	N° analisi quali-quantitativa nell'ambito dell'attività di emergenza urgenza	3	R	1	3	1-Raggiunto	1	
	8	N° analisi quali-quantitativa nell'ambito dell'attività di emergenza urgenza	2	R	1	2	1-Raggiunto	1	
	8	N° analisi quali-quantitativa nell'ambito dell'attività di emergenza urgenza	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	9	N. Report sull'utilizzo del Day Surgery	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	10	N. Report sull'utilizzo della Week Surgery	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
INT.31	Cruscotti farmaceutica ospedaliera	1	Stesura specifiche funzionali pre-sviluppo cruscotti farmaceutica ospedaliera	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
		2	Relazione scostamenti I sem 2024	2	R	1	si	1-Raggiunto	1
		2	Relazione scostamenti 2023	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
		3	contributo alla relazione sociosanitaria 2023	1	R	2	1	1-Raggiunto	2
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	1	0	5-Non Disponibile	
Q.10.1	Attivazione della valutazione centralizzata HTA dei Dispositivi Medici come da DGR 967/2018 e adesione al programma nazionale di HTA dei dispositivi (come segnalatore e come centro di riferimento regionale)	1	Relazione a supporto della candidatura ad AGENAS come Centro Collaboratore HTA	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
		2	Trasmissione ad AGENAS tecnologie da valutare previo parere CRITE come previsto dalla DGR 967/2018 (punti 5 e 6 del deliberato)	100%	R	1	100%	1-Raggiunto	1

	4	Relazione tecnologie inserite in RATEC dalle AASS, recante il dettaglio delle tecnologie prevalenti (CND), gli impatti economici, il dato di acquisto delle aziende (se disponibile), per le AASS che hanno implementato la piattaforma	1°	R	1	1	1-Raggiunto	1
	4	Relazione tecnologie inserite in RATEC dalle AASS, recante il dettaglio delle tecnologie prevalenti (CND), gli impatti economici, il dato di acquisto delle aziende (se disponibile), per le AASS che hanno implementato la piattaforma	2°	R	1	2°	1-Raggiunto	1
	6	Trasmissione report HTA delle tecnologie innovative segnalate dalle AASS attraverso RATEC	2	R	1	2	1-Raggiunto	1
Q.11.1	1	Completamento dello sviluppo di piattaforme/cruscotti già richieste dalla Direzione Farmaceutico						
	1	Sviluppo piattaforma "Registro Malattie Rare":stesura documento tecnico sui requisiti funzionali minimi utili all'analisi di fattibilità	<=31.10.2024	P	1	<=31.10.2024	1-Raggiunto	1
	2	Sviluppo piattaforma "Registro ormone GH": stesura documento tecnico sui requisiti funzionali minimi utili all'analisi di fattibilità	<=31.10.2024	P	1	<=31.10.2024	1-Raggiunto	1
	3	Sviluppo piattaforma "microinfusori"	<=31.12.2024	R	1	<=31.12.2024	1-Raggiunto	1
	4	Informatizzazione "Percorso assistenza protesica"	<=31.12.2024	R	1	<=31.12.2024	5-Non Disponibile	
	5	Informatizzazione "Percorso Epatite C"	<=31.12.2024	R	1	<=31.12.2024	1-Raggiunto	1
	8	Collaudo cruscotto di monitoraggio dei consumi farmaceutici ospedalieri	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
	9	Supporto all'integrazione del "Percorso Cannabis"	<=30.09.2024	R	1	<=30.09.2024	1-Raggiunto	1
	10	Supporto all'integrazione del "Percorso Off-Label"	<=30.09.2024	R	1	<=30.09.2024	1-Raggiunto	1
	11	Supporto all'integrazione del "Flusso DDF3 - Distribuzione diretta dei farmaci"	<=30.09.2024	R	1	<=30.09.2024	1-Raggiunto	1
	12	Predisposizione report riguardo ai "Piani Terapeutici Farmaci"	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	13	Predisposizione report riguardo il "Registro biologici (reumo, gastro, derma)"	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
	14	Predisposizione cruscotto Registro Cannabis"	1	R	1	1	1-Raggiunto	1

	15	Predisposizione cruscotto "Registro Off-Label"	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	16	Predisposizione cruscotto "PSF AIR DIABETE"	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	17	Piattaforma CRMS: produzione report sulla base delle indicazioni date da DFPDM	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	
	18	Relazione stato avanzamento sviluppo piattaforme/report/cruscotto	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
	18	Relazione stato avanzamento sviluppo piattaforme/report/cruscotto	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
Q.13.1	1	Soddisfazione delle richieste provenienti da CTRF, TTR-DM, TTAIR Diabete % di documenti redatti / totale richiesti	entro 30 gg da pubblicazione Gazzetta	R	1	entro 30 gg da pubblicazione Gazzetta	1-Raggiunto	1	
	2	predisporre n. documenti/linee di indirizzo per appropriatezza prescrittiva farmaci	>=4	R	1	>=4	1-Raggiunto	1	
	3	predisporre n. documenti/linee di indirizzo per appropriatezza prescrittiva dispositivi medici	>=4	R	1	>=4	1-Raggiunto	1	
	4	CTRF: verifica spese effettive sostenute rispetto a spese stimate nelle istruttorie dopo 12 mesi	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
Q.5.2	2	Garantire efficienza e tempestività nell'acquisizione di farmaci: aggiudicazione del generico/biosimilare entro 60 giorni dalla disponibilità sul mercato	% segnalazioni delle commercializzazioni al CRAV entro 10 giorni dalla commercializzazione	>95%	R	1	1	1-Raggiunto	1
	2	% segnalazioni delle commercializzazioni al CRAV entro 10 giorni dalla commercializzazione	>95%	R	1	>95%	1-Raggiunto	1	
Q.6.2	1	Mappatura istituzione, monitoraggio e funzionamento delle reti cliniche regionali	Relazione e relativo dataset sullo stato dell'arte delle Reti Cliniche da PSSR	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
	2	Analisi degli indicatori previsti per reti e renderli disponibili a Regione e Aziende in modo continuativo	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	

## S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	1	0	5-Non Disponibile

S.5.2	Aggiornamento delle valutazioni d'impatto dei flussi esistenti, adempimenti di Azienda Zero in materia di Privacy per i flussi e i sistemi informativi di nuova istituzione a valenza regionale (con particolare attenzione ai sistemi di prenotazione)	1	Data invio formale a Regione di relazione as is ed eventuale cronoprogramma attività	<= 30.06.2024	R	1	<= 30.06.2024	1-Raggiunto	1
-------	---	---	--	---------------	---	---	---------------	-------------	---

**TOTALE PUNTI DISPONIBILI**

**97**

**TOTALE PUNTI RAGGIUNTI**

**97**

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	1	1-Raggiunto	2	

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 72 Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 76 PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	P	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	3	Si	1-Raggiunto	3	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2 Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 82 SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	1 Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	P	2	Approvazione standard processo dalla Direzione.	1-Raggiunto	2	

INT.7	Collaborazione per identificare azioni migliorative nel percorso di collaborazione delle farmacie allo screening del colon retto	1	Invio di proposta operativa a Regione Veneto	1	P	2	1	1-Raggiunto	2
INT.8	Elaborazione documento tecnico su allargamento dello screening del tumore della mammella alla fascia 45-49 anni	1	Invio di proposta di linee di indirizzo a Regione Veneto	1	P	5	1	1-Raggiunto	5
P.2	Efficientamento energetico delle sedi di Azienda Zero	1	Monitoraggio applicazione ed aggiornamento delle «regole operative per il contenimento energetico» nella gestione dei sistemi di climatizzazione ambientale di ciascuna sede.riduzione consumo	riduzione consumo/anno		2	riduzione consumo/anno	1-Raggiunto	2
		2	Studio di fattibilità per la definizione degli aggiornamenti impiantistici più opportuni per il contenimento energetico in ciascuna sede	si		2	Si	5-Non Disponibile	

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG	
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	0	3-Parzialmente raggiunto o raggiunto in ritardo	1	Attività richiesta da Comitato Direttori nel 2023 perzialmente svolta ma non portata a termine. Non prevista data termine - ACCOLTA EVIDENZA
Q.10.1	Attivazione della valutazione centralizzata HTA dei Dispositivi Medici come da DGR 967/2018 e adesione al programma nazionale di HTA dei dispositivi (come segnalatore e come centro di riferimento regionale)	1	Relazione inerente trasmissione documentazione AGENAS per candidatura Centro collaboratore	si	P	10	si	1-Raggiunto	10	
		2	Trasmissione ad AGENAS tecnologie da valutare previo parere CRITE come previsto dalla DGR 967/2018 (punti 5 e 6 del deliberato)	100%	P	1	1	1-Raggiunto	1	
		4	Relazione tecnologie inserite in RATEC dalle AASS, recante il dettaglio delle tecnologie prevalenti (CND), gli impatti economici, il dato di acquisto delle aziende (se disponibile), per le AASS che hanno implementato la piattaforma	1°	P	5	1	1-Raggiunto	5	

	4	Relazione tecnologie inserite in RATEC dalle AASS, recante il dettaglio delle tecnologie prevalenti (CND), gli impatti economici, il dato di acquisto delle aziende (se disponibile), per le AASS che hanno implementato la piattaforma	2°	P	1	2° relazione	1-Raggiunto	1	
	5	sviluppo e test di una piattaforma informatica per la raccolta e valutazione delle richieste delle Aziende Sanitarie di tecnologie innovative (RFM NET-2018- 12368077)	1	R	5	1	1-Raggiunto	5	
	6	Trasmissione report HTA delle tecnologie innovative segnalate dalle AASS attraverso RATEC	2	P	5	2	1-Raggiunto	5	
Q.12.1	Attivazione del magazzino dei farmaci carenti- Completare la mappatura dei processi logistici aziendali	1	Relazione sull'attivazione "magazzino funzionale" (es. n° verde) per gestione farmaci/dispositivi carenti	si	R	5	Si	1-Raggiunto	5
	2	Relazione sull'attuazione del sistema logistica dei farmaci/dispositivi carenti	si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
	3	Individuazione indicatori quantitativi da integrare alla mappatura organizzativa dei modelli logistici	si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
	4	Predisporre linee guida per esternalizzazione farmaci	si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
C.16	Obblighi informativi Grandi Apparecchiature	1	Monitoraggio e certificazione aggiornamento al 31/12/2022 di NSIS - Grandi Apparecchiature da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private ai sensi del DM 22/04/2014	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
		2	monitoraggio nell'ultimo trimestre del 2023 per la verifica dello stato di risoluzione di eventuali criticità	1	R	5	1	1-Raggiunto	5
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	2	0	1-Raggiunto	2
S.3.2	SIO e PNRR "digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	1	invio report trimestrale	2	R	5	2	1-Raggiunto	5
		1	invio report trimestrale	1	R	5	1	1-Raggiunto	5

	1	invio report trimestrale	3	R	2	3	1-Raggiunto	2	
S.4.1	Aggiornamento e controllo qualitativo dati NSIS "Grandi apparecchiature"	1	Predisporre report apparecchiature per ciascuna azienda da Modello HSP14 - Anno 2023	si	R	5	si	1-Raggiunto	5
	2	Predisporre report coerenza tra modello HSP14 e grandi apparecchiature presenti nel portale NSIS	si	R	5	si	1-Raggiunto	5	
	3	Predisporre report apparecchiature per ciascuna azienda da Modello HSP14-Anno 2024	si	R	2	si	1-Raggiunto	2	
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>					<b><u>98</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>		<b><u>97</u></b>	

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	3	1	5-Non Disponibile		

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	2	si	1-Raggiunto	2	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	7	1	1-Raggiunto	7	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	si	1-Raggiunto	2	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2 Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	2	si	1-Raggiunto	2	
INT.1 Aggiornamento del report sulle richieste di risarcimento per supposta infezione correlata alle cure sanitarie	1 N. Report entro le tempistiche richieste	1	R	7	1	1-Raggiunto	7	
INT.15 Prosecuzione della collaborazione alle attività del PNCAR, in particolare le indagini nazionali di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (coordinate dal SER) e il sistema regionale di sorveglianza dei microrganismi multiresistenti (coordin	1 N. relazioni annuali su microrganismi multiresistenti da inviare al RVE e AASS	1	R	7	1	1-Raggiunto	7	

	2	N. relazioni annuale su sorveglianza delle infezioni correlate riferito alle AASS	1	R	3	1	1-Raggiunto	3
INT.25	1	Implementazione della gestione del rischio clinico in ambito socio sanitario	1	R	7	1	1-Raggiunto	7
INT.26	1	Istituzione Gruppo di Lavoro con rappresentanti RSA per la valutazione dell'impatto del DM 19 Dicembre 2022 sull'attività di Risk management nei Centri Servizi per anziani non autosufficienti	2	R	7	2	1-Raggiunto	7
INT.27	1	Elaborazione di un programma formativo per i referenti del rischio clinico nei Centri Servizi per anziani non autosufficienti	si	R	3	si	1-Raggiunto	3
INT.28	1	Organizzazione raccolta dati CSIA e generazione di un report regionale	1	R	7	1	1-Raggiunto	7
INT.29	1	Aggregazione dati segnalazione Allert MDRO 2023 e produzione di una reportistica regionale	1	R	7	1	1-Raggiunto	7
INT.30	1	Analisi attività di monitoraggio degli Eventi Mediativi occorsi sul territorio regionale nel corso dell'anno 2023	1	R	7	1	1-Raggiunto	7

### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	3	0	1-Raggiunto	3
Q.5	Supporto tecnico alla gestione del rischio clinico e del contenzioso sanitario	1	Implementare Raccomandazioni su almeno l'80% del totale delle Aziende sanitarie	0,8		3	0,95	1-Raggiunto	3
		2	N. monitoraggi compilazione del campo check list operatoria per intervento principale nel tracciato SDO	2		7	2	1-Raggiunto	7
		2	N. monitoraggi compilazione del campo check list operatoria per intervento principale nel tracciato SDO	1		7	1	1-Raggiunto	7
		2	N. monitoraggi compilazione del campo check list operatoria per intervento principale nel tracciato SDO	3		3	3	1-Raggiunto	3
		3	Monitorare trimestralmente la completa compilazione del flusso Simes	3		3	3	1-Raggiunto	3

S *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1 n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	3	0	1-Raggiunto	3	
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>					<b><u>97</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>			<b><u>97</u></b>

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG	
A.1.1	Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3	Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	2	Raggiunti livelli minimi per servizio D.1.1, D.1.2 e D.1.3	1-Raggiunto	2

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG	
INT. 68	CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1	Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	2	Si	1-Raggiunto	2
INT. 79	Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1	DOR Caricato in drive	si	R	3	si	1-Raggiunto	3
INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	2	Trasmessa scheda compilata	1-Raggiunto	2
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	2	Trasmessa scheda compilata	1-Raggiunto	2
INT.11	Partecipazione a progetto ministeriale "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca", coordinato da Regione Emilia Romagna	1	Invio di proposta operativa a Regione Veneto	1	R	2	Trasmessa proposta a coordinatori del progetto e a Regione Veneto Evidenze: nota prot. 21007 del 02.09.24	1-Raggiunto	2

INT.14	Promozione di un gruppo tecnico per la revisione e aggiornamento dei requisiti per lo screening	1	Attivazione di un gruppo multidisciplinare conn. riunioni screening specifiche	>=2	R	2	Trasmesso a Regione documento tecnico su screening cervice	1-Raggiunto	2
INT.18	Collaborazione continua per lo sviluppo delle necessarie integrazioni con il Datawarehouse regionale	1	Proposta aggiornamento tracciato DWH per PFAS e sua trasmissione a UOC Sistemi Informativi	1	R	4	Concordata con UOC SI la struttura del tracciato record	1-Raggiunto	4
INT.19	Sviluppo di eventi formativi relativi agli ambiti di competenza della UOC Screening	1	N. eventi formativi rivolti alle ULSS in materia di Fitosanitari, Screening Oncologici	>=5	R	2	Sviluppati complessivamente e 7 eventi	1-Raggiunto	2
INT.20	Elaborazione rapporti periodici sulla sorveglianza PFAS	1	N. rapporti trasmessi a Regione Veneto	>=3	R	4	Trasmessi a RV 5 rapporti	1-Raggiunto	4
		1	N. rapporti trasmessi a Regione Veneto	>=2	R	4	Trasmessi a RV 3 rapporti	1-Raggiunto	4
INT.21	Rendicontazione REACH	1	N. Relazione trasmessa a Regione Veneto	1	R	4	Relazione trasmessa a RV	1-Raggiunto	4
		1	N. Rendicontazione trasmessa a Regione Veneto	1	R	4	Trasmessa rendicontazione a RV	1-Raggiunto	4
INT.22	Rendicontazione fitosanitari	1	N. Rendicontazione trasmessa a Regione Veneto	1	R	4	Trasmessa rendicontazione a RV	1-Raggiunto	4
		2	N. Relazioni trasmessa a Regione Veneto	1	R	5	Relazione trasmessa a RV	1-Raggiunto	5
INT.23	Trasmissione dati Screening Oncologici agli enti nazionali (Osservatorio Nazionale Screening e Agenas)	1	Invio survey a ONS e N. Monitoraggi periodici a Agenas	>=3	R	4	Trasmesse 3 survey a ONS e prodotti 2 report per AGENAS	1-Raggiunto	4
		1	Invio survey a ONS e N. Monitoraggi periodici a Agenas	>=2	R	4	Trasmesse 3 survey a ONS e prodotto 1 report per AGENAS	1-Raggiunto	4
INT.24	Monitoraggio Screening HCV	1	Invio n. monitoraggi semestrali al Ministero della Salute	2	R	5	Trasmessi 2 monitoraggi a ISS (incaricato da Ministero Salute)	1-Raggiunto	5

**SCREENING**

**\* R = Responsabile dell'obiettivo P = Partecipa all'obiettivo**

	1	Invio n. monitoraggi semestrali al Ministero della Salute	1	R	5	Trasmesso 1 monitoraggio a ISS (incaricato da Ministero Salute)	1-Raggiunto	5
INT.5	1	Collaborazione continua per adeguamento dell'applicativo regionale Screening RVE (utilizzato per screening oncologici e per sorveglianza PFAS)	>= 2	R	2	Adeguato applicativo Screening RVE per gestione soggetti trasferiti	1-Raggiunto	2
INT.6	1	Collaborazione continua per lo sviluppo delle necessarie integrazioni con il Fascicolo Sanitario Elettronico	2	R	3	Avvenuta indicizzazione su FSE delle lettere di invito PFAS in due ULSS (8 Berica e 9 Scaligera)	1-Raggiunto	3
INT.7	1	Collaborazione per identificare azioni migliorative nel percorso di collaborazione delle farmacie allo screening del colon retto	1	R	5	Su mandato regionale, trasmessa revisione del protocollo operativo e ulteriore proposta per tracciatura campioni	1-Raggiunto	5
INT.8	1	Elaborazione documento tecnico su allargamento dello screening del tumore della mammella alla fascia 45-49 anni	1	R	5	Trasmessa proposta a RV	1-Raggiunto	5

#### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT.2	Analisi dei cancri intervallo per le donne aderenti ai programmi di screening della mammella	1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	>=3	P	5	Elaborati 3 rapporti	1-Raggiunto	5
		1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	1	P	5	Elaborato 1 rapporto su AULSS 2	1-Raggiunto	5
		1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	>=6	P	2	Elaborati 9 rapporti	1-Raggiunto	2
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	3	0	5-Non Disponibile	

Q.9.1	Produzione analisi e valutazioni sui temi di epidemiologia ambientale, epidemiologia occupazionale e sullo stato dell'equità in salute in Veneto	1	Epidemiologia ambientale: redazione di almeno 3 report entro le tempistiche comunicate	si	P	3	si	1-Raggiunto	3
-------	--	---	--	----	---	---	----	-------------	---

**S** *Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza*

	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	3	Inviata relazione a riscontro nota DG Area Sanità Sociale prot. 18489 del 30.07.24	1-Raggiunto	3	
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>					<b><u>97</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>		<b><u>97</u></b>	

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
INT. 80 Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1 Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 81 ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2 Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT.11 Partecipazione a progetto ministeriale "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca", coordinato da Regione Emilia Romagna	1 Invio di proposta operativa a Regione Veneto	1	P	1	1	1-Raggiunto	1	

INT.15	Prosecuzione della collaborazione alle attività del PNCAR, in particolare le indagini nazionali di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (coordinate dal SER) e il sistema regionale di sorveglianza dei microrganismi multiresistenti (coordin	2	N. indagini nazionali di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
INT.8	Elaborazione documento tecnico su allargamento dello screening del tumore della mammella alla fascia 45-49 anni	1	Invio di proposta di linee di indirizzo a Regione Veneto	1	P	3	Invio documento a Regione	1-Raggiunto	3

## Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
INT.17	Produzione di reportistica e supporto al monitoraggio e valutazione sulle reti cliniche, sui PDTA, sull'attività erogata e sull'utilizzo delle tecnologie delle aziende sanitarie	11	N. relazione annuale monitoraggio rete IMA	1	P	1	1	1-Raggiunto	1
		12	N. relazione annuale monitoraggio rete Ictus	1	P	1	1	1-Raggiunto	1
		13	N. Relazione annuale sul monitoraggio attività ospedaliera	1	P	2	Pubblicazione report	1-Raggiunto	2
INT.2	Analisi dei cancri intervallo per le donne aderenti ai programmi di screening della mammella	1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	>=3	R	2	Pubblicazione 3 report	1-Raggiunto	2
		1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	1	R	3	Pubblicazione 1 report	1-Raggiunto	3
		1	Pubblicazione rapporto sui cancri intervallo per Azienda ULSS	>=6	R	1	>=6	1-Raggiunto	1
INT.65	Pubblicazione dei dati del Registro Tumori	1	Pubblicazione dei casi di tumore incidenti nel 2021 nel sito web del Registro Tumori	si	R	2	si	1-Raggiunto	2
INT.66	Pubblicazione dei dati del Registro Mortalità	1	Pubblicazione report dati di mortalità aggiornati al 2022	si	R	4	Pubblicazione 1 report	1-Raggiunto	4
		2	Pubblicazione dei dati di mortalità nel 2023 nel sito web del SER	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	1	0	5-Non Disponibile	
Q.11.1	Completamento dello sviluppo di piattaforme/cruscotti già richieste dalla Direzione Farmaceutico	1	Sviluppo piattaforma "Registro Malattie Rare": stesura documento tecnico sui requisiti funzionali minimi utili all'analisi di fattibilità	<=31.10.2024	R	1	<=31.10.2024	1-Raggiunto	1

	2	Sviluppo piattaforma "Registro ormone GH": stesura documento tecnico sui requisiti funzionali minimi utiliall'analisi di fattibilità	<=31.10.2024	R	1	<=31.10.2024	1-Raggiunto	1	
Q.2.1	1	Messa a disposizione in modo strutturato alle aziende sanitarie di un set di informazioni e indicatori aggiornati costantemente da utilizzare a livello aziendale e regionale per la descrizione del SSSR	Definizione di un catalogo degli indicatori	Si	R	2	Si	1-Raggiunto	2
	2	Messa a disposizione dei dati della Relazione Socio Sanitaria Regionale scaricabili dalle Aziende sanitarie	Si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
	3	Censimento dei flussi informativi sanitari	Si	R	2	Si	1-Raggiunto	2	
	4	Aggiornamento cruscotto NSG	Si	R	4	Cruscotto aggiornato	1-Raggiunto	4	
	5	Fornire dati e infografiche alle Aziende Sanitarie per il PIAO	Rispetto della scadenza	R	1	Rispetto della scadenza	1-Raggiunto	1	
Q.2.2	1	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	SIAR e SICOF: Monitoraggio trimestrale con invio entro 3 gg dalla scadenza richiesta. Monitoraggio ritardo	3 gg lavorativi medi	R	1	3 gg lavorativi medi	1-Raggiunto	1
Q.2.3	1	Mappatura delle strutture e dei servizi socio-sanitari territoriali del SSSR	Predisporre una libreria/catalogo delle strutture e dei servizi socio-sanitari	si	P	2	si	1-Raggiunto	2
	2	Fornire alla Regione il database aggiornato anche attraverso un link/web-service	si	R	2	si	1-Raggiunto	2	
Q.3.1	1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Supporto e monitoraggio progetti 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)	R	2	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	2
	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	R	4	Relazione su attività svolte	1-Raggiunto	4	

	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	R	1	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	1
Q.3.2	1	Aggiornamento della reportistica e sviluppo di progettualità per la gestione dati relativi all'esperienza del paziente	Abilitazione delle Aziende per il cruscotto PrensT	R	3	Aziende abilitate all'accesso	1-Raggiunto	3
	2		Definizione per il catalogo progetti qualità delle informazioni raccolte con i questionari sull'esperienza del paziente	R	2	Si	1-Raggiunto	2
	3		Scelta di uno strumento per la visualizzazione e analisi del catalogo qualità	R	1	Si	1-Raggiunto	1
Q.3.3	4	Sanità partecipata: costituzione formale dell'assemblea delle associazioni e avvio attività	N. assemblee svolte	P	1	1 assemblea svolta	1-Raggiunto	1
	4		N. assemblee svolte	R	1	>= 3	1-Raggiunto	1
Q.6.1	3	Mappatura stato di attuazione dei pdta regionali	Analisi degli indicatori previsti nel PDTA e renderli disponibili a Regione eAziende in modo continuativo	P	2	si	1-Raggiunto	2
Q.6.2	2	Mappatura istituzione, monitoraggio e funzionamento delle reti cliniche regionali	Analisi degli indicatori previsti per reti e renderli disponibili a Regione eAziende in modo continuativo	P	2	si	1-Raggiunto	2
Q.6.3	1	Coordinamento e realizzazione percorso integrato di audit in ambito PNE	Definizione team di audit permanente su indicatori PNE Bersaglio e NGS	R	3	Trasmissione di proposta di nominativi a Regione	1-Raggiunto	3
	2		Rendicontazione semestrale degli audit effettuati	R	2	si	1-Raggiunto	2
	2		Rendicontazione semestrale degli audit effettuati	R	1	si	1-Raggiunto	1
	3		Evidenze di quanto richiesto da RV a seguito dell'analisi della relazione	R	1	si	5-Non Disponibile	
Q.6.4	1	Analisi del fenomeno della mobilità sanitaria ospedaliera interregionale e supporto alla stesura del piano operativo regionale di miglioramento della mobilità sanitaria	Analisi mobilità passiva secondo accordo Stato-Regioni o accordi bilaterali	R	4	Trasmissione report a Regione	1-Raggiunto	4

	2	Identificazione precoce di nuovi fenomeni nella mobilità attiva con cadenza trimestrale (Tabella + relazione)	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
	2	Identificazione precoce di nuovi fenomeni nella mobilità attiva con cadenza trimestrale (Tabella + relazione)	si	R	2	Produzione report	1-Raggiunto	2	
	2	Identificazione precoce di nuovi fenomeni nella mobilità attiva con cadenza trimestrale (Tabella + relazione)	si	R	4	Trasmissione report a Regione	1-Raggiunto	4	
Q.8.3	Analisi e proposta del sistema informativo territoriale	1	Invio relazione mappatura dello stato dell'arte	si	P	2	si	1-Raggiunto	2
		1	Invio piano di intervento e delle strategie per l'attuazione	si	P	1	si	1-Raggiunto	1
Q.9.1	Produzione analisi e valutazioni sui temi di epidemiologia ambientale, epidemiologia occupazionale e sullo stato dell'equità in salute in Veneto	1	Epidemiologia ambientale: redazione di almeno 3 report entro le tempistiche comunicate	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
		2	Epidemiologia occupazionale: redazione di almeno 3 report entro le tempistiche comunicate	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
		3	Equità: redazione di almeno 1 report entro le tempistiche comunicate	si	R	1	si	1-Raggiunto	1

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.1.2	Gestione e sviluppo di sistemi di analisi e del cruscotto dei tempi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	1	n. richiesta evase / n. richieste totali della Cabina di Regione (scheda vademecum S.1.2)	1	R	2	1	1-Raggiunto	2
		1	n. richiesta evase / n. richieste totali della Cabina di Regione (scheda vademecum S.1.2)	1	R	3	Trasmissione report a Regione	1-Raggiunto	3
		1	n. richiesta evase / n. richieste totali della Cabina di Regione (scheda vademecum S.1.2)	1	R	1	1	1-Raggiunto	1
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1	n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	1	0	1-Raggiunto	1

S.5.2	Aggiornamento delle valutazioni d'impatto dei flussi esistenti, adempimenti di Azienda Zero in materia di Privacy per i flussi e i sistemi informativi di nuova istituzione a valenza regionale (con particolare attenzione ai sistemi di prenotazione)	1	Data invio formale a Regione di relazione as is ed eventuale cronoprogramma attività	<= 30.06.2024	R	2	<= 30.06.2024	1-Raggiunto	2
		3	Data completamento attività in ambito GDPR per nuovo SICOF	<= Data da scheda misurazione S.5.2	R	1	<= Data da scheda misurazione S.5.2	1-Raggiunto	1
		4	Data completamento attività in ambito GDPR per flusso SIAR	<= Data da scheda misurazione S.5.2	R	1	<= Data da scheda misurazione S.5.2	1-Raggiunto	1
<b><u>TOTALE PUNTI DISPONIBILI</u></b>						<b><u>98</u></b>	<b><u>TOTALE PUNTI RAGGIUNTI</u></b>		<b><u>98</u></b>

Obiettivi e indicatori:

**A** *Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
A.1.1 Implementare il sistema di misurazione degli indicatori relativi agli SLA (DDR 73/2023)	3 Raggiungimento del livello minimo di servizio nel secondo semestre 2024	1	R	1	1	1-Raggiunto	1	

**P** *Sviluppo processi interni*

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
INT. 67 CODICE DI COMPORTAMENTO: Adeguamento regolamento aziendale, relativamente all'utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e dei social media e sul rispetto del divieto di pantouflage.	1 Aggiornamento del regolamento secondo normativa vigente.	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 68 CONFLITTO DI INTERESSE: Formalizzazione regolamento dedicato alla gestione dei conflitti d'interesse a livello aziendale.	1 Approvazione del Regolamento da parte della Direzione Amministrativa	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1	
INT. 72 Essere compliance alla normativa di riferimento PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 75 PNRR: Verifica del corretto caricamento dei dati su Regis	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 76 PNRR: Contrasto ai fenomeni corruttivi nell'assegnazioni legate al PNRR	2 Nr. di rilievi emersi	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
INT. 77 TRASPARENZA SITO: Tracciamento nr. di visite avvenute nel sito istituzionale	1 Predisporre report annuale con n. accessi effettuati nell'anno 2024	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	
INT. 79 Aggiornamento DOR aziendali alla luce dell'approvazione del nuovo Atto aziendale (Delibera Direttore generale n. 30 del 2023)	1 DOR Caricato in drive	si	R	1	si	1-Raggiunto	1	

INT. 80	Popolazione del modello di gestione del rischio definito nel PIAO aziendale per le "Aree di Rischio" e "Fattori abilitanti"	1	Compilazione aree di rischio e fattori abilitanti presenti nel modello	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1
INT. 81	ANTIRICICLAGGIO: Definizione modello per la gestione del rischio riciclaggio in azienda	2	Compilazione check list per facilitare l'individuazione dei fenomeni di riciclaggio	Si	R	1	Si	1-Raggiunto	1
INT. 82	SEMPLIFICAZIONE PROCESSI: Reingegnerizzazione del processo che regola il "ciclo di vita" del personale dipendente in Azienda Zero	1	Definizione delle fasi e delle attività del processo avendo cura di individuare i rischi e i controlli presenti	Approvazione standard processo dalla Direzione.	P	1	Approvazione standard processo dalla Direzione.	1-Raggiunto	1
INT.18	Collaborazione continua per lo sviluppo delle necessarie integrazioni con il Datawarehouse regionale	2	Aggiornamento tracciato DWH per PFAS	1	P	5	1	1-Raggiunto	5
INT.5	Collaborazione continua per adeguamento dell'applicativo regionale Screening RVE (utilizzato per screening oncologici e per sorveglianza PFAS)	2	Partecipazione gruppi di lavoro multispecialistici necessari per valutare l'adesione dei professionisti a linee di indirizzo nazionali e regionali	0,8	P	1	0,8	1-Raggiunto	1
INT.6	Collaborazione continua per lo sviluppo delle necessarie integrazioni con il Fascicolo Sanitario Elettronico	1	N. ULSS dove è stato sviluppato il percorso per inserire su FSE le lettere di invito per la sorveglianza PFAS	2	P	1	2	1-Raggiunto	1

#### Q Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGIO FINALE	NOTE CDG
Q.1.1	Adempimento direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	1	gg di ritardo nell'adempimento delle direttive definite da Comitato dei Direttori Generali	0	R	2	nessun adempimento comunicato a UOC SI	5-Non Disponibile	
Q.11.1	Completamento dello sviluppo di piattaforme/cruscotti già richieste dalla Direzione Farmaceutico	3	Sviluppo piattaforma "microinfusori"	<=31.12.2024	P	1	<=31.12.2024	1-Raggiunto	1
		4	Informatizzazione "Percorso assistenza protesica"	<=31.12.2024	P	1	<=31.12.2024	1-Raggiunto	1
Q.3.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	2	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	2

		1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	5	1	1-Raggiunto	5
		1	Supporto e monitoraggio progetti 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)	P	1	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	1-Raggiunto	1
Q.3.2	Aggiornamento della reportistica e sviluppo di progettualità per la gestione dati relativi all'esperienza del paziente	1	Abilitazione delle Aziende per il cruscotto PrensT	Almeno un account per Azienda	P	5	1	1-Raggiunto	5
		2	Definizione per il catalogo progetti qualità delle informazioni raccolte con i questionari sull'esperienza del paziente	Si	P	2	Si	1-Raggiunto	2
		3	Scelta di uno strumento avanzato per la visualizzazione e analisi dati catalogo qualità	Si	P	1	Si	1-Raggiunto	1
Q.4.1	Sviluppo di sistema informativo per gestione processo autorizzazione e accreditamento	3	Supporto per adozione e l'implementazione SW	si	R	1	0,02	1-Raggiunto	1
Q.7.1	Manutenzione dell'anagrafe sanitaria regionale e avvio della realizzazione dell'informatizzazione e interoperabilità dei processi riguardanti la nascita, la dichiarazione di nascita e la registrazione nei Registri di Stato Civile	1	Analisi qualità anagrafe sanitaria regionale evidenziando criticità più rilevanti	si	R	4	1	1-Raggiunto	4
		2	Stesura progetto per l'estensione a tutti i comuni veneti l'interoperabilità Punti Nascita e Registri di Stato civile	si	R	4	si	1-Raggiunto	4
Q.8.1	Realizzazione delle integrazioni dei sistemi informativi SIRMI e SIPRAL	1	SIRMI: Presentazione cronoprogramma (flussi coinvolti+modalità integrazione gestionale malattie infettive e flussi laboratorio)	si	R	1	si	1-Raggiunto	1
		2	SIPRAL:sviluppo e adeguamento del cruscotto con KPI SPISAL	1	R	4	1	1-Raggiunto	4

		3	SIPRAL:evidenze mantenimento e sviluppo ordinario	1	R	1		1	1-Raggiunto	1
Q.8.2	Nell'ambito del Sistema Unico Regionale di Prenotazione avvio della gestione degli appuntamenti delle Vaccinazioni	1	Analisi implementazione delle diverse funzionalità con modalità uniforme per tutta la Regione	si	R	3		si	1-Raggiunto	3
		2	Documento di analisi della procedura e tempi per l'integrazione con sistemi esistenti	si	R	1		si	1-Raggiunto	1
Q.8.3	Analisi e proposta del sistema informativo territoriale	1	Invio relazione mappatura dello stato dell'arte	si	P	2		si	1-Raggiunto	2
Q.8.4	Sviluppo e attivazione di un sistema informativo unico regionale per la gestione formazione-ecm	2	Supporto per adozione e l'implementazione SW	si	R	2		si	1-Raggiunto	2

### S Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO		INDICATORE	VALORE ATTESO	*	PESO	VALORE CONSUNTIVO	ANDAMENTO	PUNTEGGI O FINALE	NOTE CDG
S.2.1	Rispetto Direttive Regionali/Richieste Ispettivo	1 n. giorni di ritardo dalla scadenza prefissata/concordata	0	R	1	0	1-Raggiunto	1	
S.3.1	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	1 Monitoraggio e supporto alle AASS	100% nei tempi richiesti	R	1	100% nei tempi richiesti	1-Raggiunto	1	
S.3.2	SIO e PNRR "digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	1 invio report trimestrale	2	R	5	2	1-Raggiunto	5	
		1 invio report trimestrale	1	R	10	1	1-Raggiunto	10	
		1 invio report trimestrale	3	R	1	3	1-Raggiunto	1	
S.5.1	Rispetto del cronoprogramma relativo al Piano di implementazione del SIO, degli sviluppi dei sistemi di prenotazione decisi da GDL (DDR 168/23) e del Piano di sviluppo dei Sistemi Informativi	1 Trasmissione n. report trimestrale di avanzamento cronoprogramma attività SIO	1	R	10	1	1-Raggiunto	10	
		1 Trasmissione n. report trimestrale di avanzamento cronoprogramma attività SIO	4	R	3	4	1-Raggiunto	3	
		1 Trasmissione n. report trimestrale di avanzamento cronoprogramma attività SIO	2	R	5	2	1-Raggiunto	5	
		1 Trasmissione n. report trimestrale di avanzamento cronoprogramma attività SIO	3	R	1	3	1-Raggiunto	1	
		3 Piano di sviluppo Sistemi Informativi	si	R	2	si	1-Raggiunto	2	

TOTALE PUNTI DISPONIBILI

98

TOTALE PUNTI RAGGIUNTI

98