



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Piano della performance
2017-2019**

e

Direttive 2017

**riapprovato con Delibera di integrazione
n. 339 del 20/04/2017**

Indice degli argomenti

PRESENTAZIONE DEL PIANO	4
1. INTRODUZIONE.....	5
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	5
2.1. L'AZIENDA ULSS 9 IN CIFRE.....	5
Il territorio e la popolazione	6
L'assistenza ospedaliera	8
L'assistenza specialistica	9
L'assistenza distrettuale	9
L'assistenza primaria	10
Il Dipartimento di Prevenzione	10
Il personale dipendente	12
Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento	13
2.2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	14
3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI.....	17
3.1. LE LINEE PROGRAMMATICHE	17
3.2. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE E OBIETTIVI STRATEGICI	18
3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale DGRV 246 del 07.03.2017.....	18
- A) Equilibrio Economico Finanziario e rispetto dei tetti di spesa "Sostenibilità economico – finanziaria"	18
- <i>A.1 Equilibrio Economico-Finanziario</i>	18
- <i>A.2 e A.3 Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale e dei Beni Sanitari:</i>	19
- B) Rispetto dei tempi massimi di attesa secondo le linee guida regionali.....	21
- <i>B.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso</i>	21
- <i>B.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici</i>	21
- <i>B.3 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	21
- C) Rispetto della garanzie dei Livelli Essenziali di assistenza	22
- <i>C.1- Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione</i>	22
- <i>C.2- Rispetto dei livelli di attività programmata per l'assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa n carico sul territorio</i>	23
- <i>C.3 Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale</i>	23
- <i>C.4 Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)</i>	23
- <i>C.5 Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA</i>	23
- "Osservanza delle Linee Guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione e organizzazione degli uffici"	23
- E) Adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali.....	24
- F) Attuazione L.R. 19/2016 e Sanità Digitale "Area informatica e dei flussi informativi"	25
- <i>F.1 Corretta gestione dei flussi ministeriali (in termini di tempestività e qualità del dato)</i>	25
- <i>F.2 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	25
- <i>F.3 Corretta compilazione dei Registri Regionali Area Farmaceutica</i>	25
- <i>F.4 Definizione dei nuovi Atti Aziendali, secondo le indicazioni regionali</i>	25
- <i>F.5 Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019</i>	25
- G) Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza"	25
3.2.2. Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa	26
3.2.3. Ulteriori obiettivi aziendali.....	33
4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	36
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	36
<i>i. i riferimenti normativi</i>	36
<i>ii. il sistema di misurazione e valutazione della performance</i>	36
4.2. METODOLOGIA AZIENDALE APPLICATA	38

<i>i. Programmazione</i>	38
<i>ii. Formulazione del Budget</i>	39
<i>iii. Svolgimento e misurazione dell'attività</i>	39
<i>iv. reporting e valutazione</i>	40
4.3. TIMING DEL PROCESSO	40
<i>i. Il sistema di valutazione annuale</i>	40
5. CONCLUSIONI	40

PRESENTAZIONE DEL PIANO

La redazione del Piano della Performance tiene conto, analogamente agli anni precedenti, oltre che delle disposizioni normative e amministrative nazionali e regionali, delle statuizioni contenute nella L.R. n. 19 del 25/10/2016 con la quale è stata istituita l'Azienda Zero, sono stati individuati i nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS della Provincia di Verona. In applicazione alla predetta normativa, con decorrenza 01/01/2017, l'ULSS 20 di Verona ha accorpato le aziende ULSS 21 di Legnago e 22 di Bussolengo e ha assunto la denominazione di ULSS 9 Scaligera con sede legale a Verona.

Il Piano della Performance 2017-2019 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, conformemente agli indirizzi di legge, ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell'azienda. Tuttavia il biennio 2017-2018 si caratterizza come periodo di transizione fortemente orientato a obiettivi attuativi delle disposizioni regionali, all'adozione di provvedimenti e misure correlate in gran parte proprio alla ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda ULSS così come previsto dalla L.R. 19/2016.

Viene sostanzialmente confermata l'impostazione del documento redatto in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti sia dalla delibera CIVIT n. 6/2013 sia dalla DGRV n. 140/2016 che prevedono una programmazione finalizzata a garantire un ciclo della performance "integrato" che comprenda ambiti relativi:

- alla performance,*
- agli standard di qualità dei servizi;*
- ad un migliore collegamento con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio;*
- all'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC).*

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Pietro Girardi

1. INTRODUZIONE

Il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 e dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto con DGR 2205/2012 e DGR 140/2016, è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013, dà avvio al ciclo di gestione della performance. Attraverso il piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano anche strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Il Piano è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n.70 del 31/01/2017 e pubblicato sul sito web dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le Istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere.

Al momento della adozione del Piano non erano disponibili gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 pertanto nella definizione di questo primo documento di programmazione per il triennio 2017-2019 si è tenuto conto in particolare dell'impatto della ridefinizione degli ambiti territoriali delle aziende ULSS con la creazione dell'azienda ULSS 9 Scaligera derivante dalla fusione delle tre ex aziende ULSS della provincia di Verona.

Recependo la Deliberazione di Giunta Regionale 246 del 07/03/2017 ad oggetto "determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017" si provvede ad integrare il Piano della Performance 2017-2019 precedentemente adottato con obiettivi strategici e obiettivi operativi regionali con relativi indicatori e target di riferimento. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di Unità operativa da riportare nella schede di budget, che saranno approvate con provvedimento del Direttore Generale.

2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

La Regione del Veneto, con legge n. 19 del 25/10/2016, avente ad oggetto "Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS" ha ridefinito l'assetto organizzativo delle Aziende ULSS dal giorno 1° gennaio 2017. In particolare la legge regionale, all'art. 14, ha previsto, con effetto dall'01/01/2017, la soppressione delle ULSS n. 21 e 22 e la loro incorporazione nell'Azienda ULSS n. 20.

Pertanto, il Direttore Generale con delibera n. 1 del 02/01/2017, preso atto delle disposizioni regionali emanate con la legge regionale n. 19, ha deliberato con effetto dall'01/01/2017 la soppressione delle ULSS n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo, la loro incorporazione nell'ULSS 20 di Verona che ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 9 Scaligera con sede legale in Verona, via Valverde, 42.

2.1. L'azienda ULSS 9 in cifre

La conoscenza di fattori caratterizzanti il territorio e la popolazione dell'azienda socio sanitaria, e di eventuali aree di discontinuità/disomogeneità ambientali e demografiche è sicuramente propedeutica all'elaborazione delle strategie aziendali, in quanto consente di individuare quelle macro tendenze e quei principali cambiamenti che possono influenzare positivamente o negativamente i bisogni di salute e l'efficacia dei servizi socio-sanitari. Pertanto si riportano di seguito le informazioni sintetiche disponibili caratterizzanti l'Azienda ULSS 9 Scaligera istituita a far data dal 01/01/2017.

Il territorio e la popolazione

La nuova Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di 3.097 kmq, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione complessiva, al 31/12/2015, di 922.368 residenti, distribuita in 98 comuni e raggruppata in quattro distretti socio sanitari. L'Azienda ULSS 9 confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte da montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m. (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.). Non bisogna dimenticare infine che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica e che, solo nel 2015, ha registrato più di 15 milioni di presenze con un +4,83% rispetto all'anno precedente, di cui circa l'80% nell'area del Lago di Garda.



La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è di quasi un milione di abitanti, composta principalmente (come si può vedere nel grafico 1) da popolazione adulta con un'età media di 44 anni circa.

Nel corso del 2015 la popolazione anziana è aumentata con un valore di 149 anziani ogni 100 giovani in età compresa tra 0 e 14 anni e con un indice di carico sociale pari al 55,4%. Ciò significa che 100 persone in età attiva dal punto di vista lavorativo, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente "a carico" circa altre 55,4 persone che non lavorano perché ancora in età scolastica o in pensione.

Tabella 1 - Principali indicatori demografici al 31/12/2015

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9 SCALIGERA
Popolazione totale al 31/12	471.886	154.628	295.854	922.368
N. comuni	36	25	37	98
Densità per Kmq	445	191	241	298
Indice di vecchiaia ^a	1,61	1,51	1,30	1,49
Indice di carico sociale ^b	57,33	55,27	52,58	55,43
Indice di invecchiamento ^c	22,46	21,42	19,49	21,33
Indice di dipendenza giovanile ^d	21,99	22,01	22,84	22,27
Indice di dipendenza senile ^e	35,34	33,27	29,74	33,16

^a Indice di vecchiaia = Pop 65 e oltre/Pop 0-14

^b Indice di carico sociale = [(Pop 65 e oltre + Pop 0-14)/Pop 15-64]x100

^c Indice di invecchiamento = (Pop 65 e oltre/Pop Totale)x100

^d Indice di dipendenza giovanile = (Pop 0-14/Pop 15-64)x100

^e Indice di dipendenza senile = (Pop 65 e oltre/Pop 15-64)x100

Grafico 1 Piramide dell'età della popolazione al 31 dicembre 2015

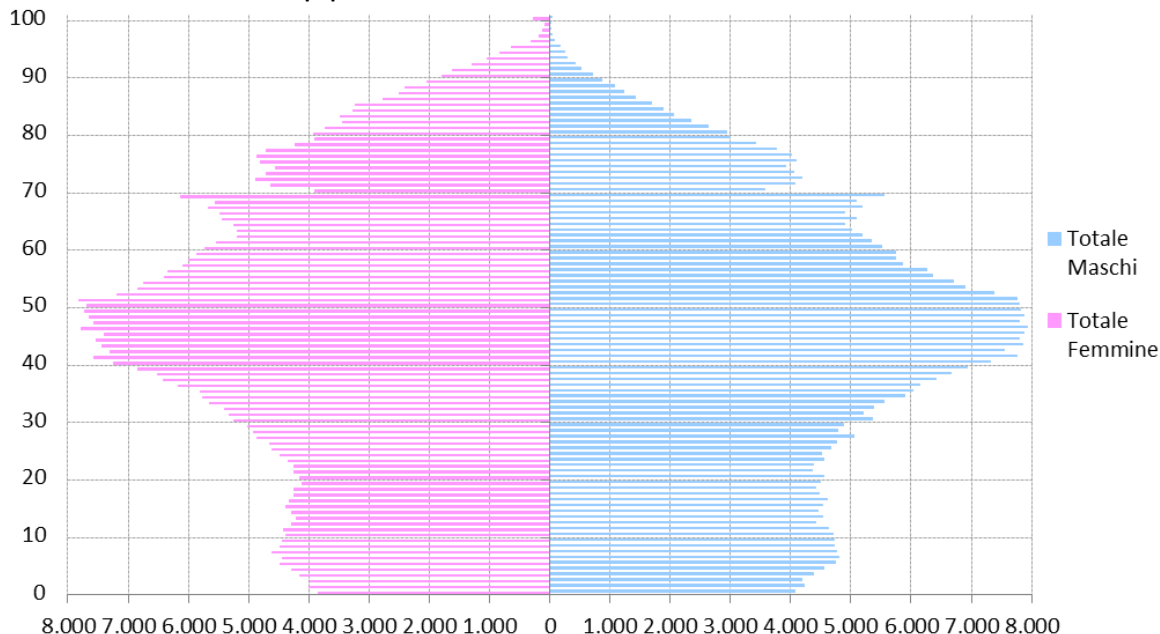


Tabella 2 – Andamento degli indicatori demografici negli ultimi sei anni

Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Indice di vecchiaia ^a	132,3	137,7	139,3	142,2	145,7	148,9
Indice di dipendenza strutturale ^b	51,6	53,4	53,9	54,5	55	55,4
Indice di ricambio della popolazione ^c	133,1	128,2	124,9	121,7	120,6	120,5
Indice di struttura della popolazione attiva ^d	116,1	119,8	122,7	125,8	129,7	133,2
Età media	42,5	42,8	42,9	43,2	43,4	43,7

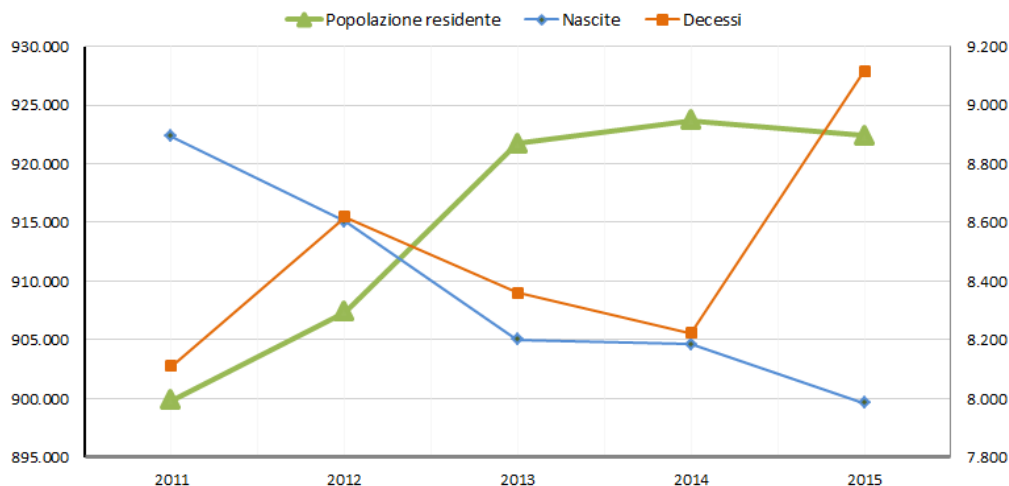
^a Indice di vecchiaia = Pop 65 e oltre/Pop 0-14

^b Indice di dipendenza strutturale = [(Pop 65 e oltre + Pop 0-14)/Pop 15-64]x100

^c Indice di ricambio della popolazione = [(Pop 55-64)/(Pop 15-24)]x100

^d Indice di struttura della popolazione attiva = [(Pop 40-64)/(Pop 15-39)]x100

Grafico 2 – Andamento della popolazione dell'ULSS 9 dal 2011 al 2015 (Fonte dati ISTAT)



L'assistenza ospedaliera

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale che contribuisce alla promozione, al mantenimento e al ripristino delle condizioni di salute della popolazione assicurando le prestazioni di ricovero, comprese nel livello di assistenza ospedaliera, prevalentemente alle persone con patologia in fase acuta che non possano essere assistite in modo ugualmente efficace ed efficiente nell'ambito dei Servizi territoriali.

L'Azienda presenta una rete di offerta molto ampia composta da diversi tipi di strutture organizzate e classificate così come previsto dalla DGR 2122/2013 per un totale di 2.175 posti letto:

- quattro Presidi Ospedalieri di Rete ubicati nei comuni di San Bonifacio, Legnago, Bussolengo e Villafranca;
- tre Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico ad indirizzo Riabilitativo ubicati nei comuni di Verona, Bovolone e Malcesine;
- sette strutture private accreditate operanti nei comuni di Verona, Garda, Negrar e Peschiera del Garda.

Tabella 3 – Rete di offerta assistenza ospedaliera

Struttura ospedaliera	Descrizione	Num. Posti letto da DGR 2122/2013	di cui n. posti letto riabilitazione
Ospedale di San Bonifacio	Presidio Ospedaliero di Rete	318	40
Ospedale di Legnago	Presidio Ospedaliero di Rete	365	15
Ospedale di Bussolengo	Presidio Ospedaliero Unico di Rete su due sedi	106	15
Ospedale di Villafranca	Presidio Ospedaliero Unico di Rete su due sedi	194	24
Totale posti letto Presidi Ospedalieri di Rete		983	94
Ospedale di Marzana (Verona)	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	90	90
Ospedale di Bovolone	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	53	53
Ospedale di Malcesine	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	50	50
Totale posti letto Ospedali Monospecialistici ad indirizzo riabilitativo		193	193
C.C. Centro Riabilitativo Veronese	Struttura privata accreditata	49	49
C.C. San Francesco	Struttura privata accreditata	44	10
C.C. Villa Santa Chiara	Struttura privata accreditata	82	
O.CL. Villa Santa Giuliana	Struttura privata accreditata	89	
C.C. Villa Garda	Struttura privata accreditata	69	69
O.CL. Sacro Cuore – Don Calabria	Struttura privata accreditata	442	79
C.C. Pederzoli	Struttura privata accreditata	224	18
Totale posti letto Strutture private accreditate		999	225
Totale posti letto ULSS 9 Scaligera		2.175	512

Tabella 4– Ricoveri erogati anno 2016

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
ospedali ex ULSS 20	14.682	€ 50.030.354,19	6.821	€ 35.500.948,77	21.503	€ 85.531.302,96
ospedali ex ULSS 21	16.670	€ 59.265.078,25	0	€ 0,00	16.670	€ 59.265.078,25
ospedali ex ULSS 22	12.877	€ 36.945.015,71	49.830	€ 199.131.008,94	62.707	€ 236.076.024,65
ULSS 9	44.229	€ 146.240.448,15	56.651	€ 234.631.957,71	100.880	€ 380.872.405,86

Tabella 5– Tasso di ospedalizzazione anno 2016

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Mobilità passiva extra regione	5,81	11,89	13,47	9,29
Mobilità passiva intra regione	106,03	45,83	33,87	72,79
Ricoveri ex ULSS	29,5	77,02	94,14	58,20
Numero ricoveri per mille abitanti	141,34	134,74	141,48	140,28

Tabella 6 – Accessi al Pronto soccorso anno 2016

Triage	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)		Distretto 3 (ex ULSS 21)		Distretto 4 (ex ULSS 22)		ULSS 9	
	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)
Bianco	27.891	0,00%	21.169	1,46%	55.481	1,01%	104.541	0,83%
Verde	24.223	20,30%	34.233	9,17%	74.185	10,88%	132.641	12,16%
Giallo	1.256	87,70%	9.067	35,87%	13.325	40,28%	23.648	41,11%
Rosso	171	54,40%	437	76,20%	825	63,64%	1.433	66,37%
Non indicato	1.387		1.667		123		3.177	
Totale	54.928		66.573		143.939		265.440	
<i>di cui</i>								
Osservazione Breve Intensiva	7.455	26,30%	8.708	21,33%	13.344	14,70%	27.712	20,85%

L'assistenza specialistica

Tabella 7 – Specialistica erogata anno 2016

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
ex ULSS 20	2.446.473	€ 28.679.473,50	1.043.574	€ 18.714.116,95	3.490.047	€ 47.393.590,45
ex ULSS 21	1.749.215	€ 27.920.213,75	0	€ 0,00	1.749.215	€ 27.920.213,75
ex ULSS 22	2.433.303	€ 28.214.381,93	2.041.953	€ 70.661.081,55	4.475.256	€ 98.875.463,48
ULSS 9	6.628.991	€ 84.814.069,18	3.085.527	€ 89.375.198,50	9.714.518	€ 174.189.267,68

L'assistenza distrettuale

Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda a cui è demandata la gestione e il coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali (cure primarie, continuità assistenziale, assistenza domiciliare e residenzialità extra-ospedaliera) finalizzata ad assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione. Con DDG n. 15 del 02/01/2017 l'azienda ha confermato i distretti esistenti anteriormente all'entrata in vigore della L.R. 19/2016 presso le disciolte ULSS 20, 21, 22 e al fine della loro chiara identificazione nella nuova organizzazione dell'Azienda ULSS 9 Scaligera ha fatto riferimento a quanto disposto dalla DGRV 2174/2016: ex azienda ULSS 20 di Verona Distretti 1 e 2, ex azienda ULSS 21 Distretto 3 ed ex azienda ULSS 22 Distretto 4.

Tabella 8 - Pazienti residenti presi in carico dal Servizio di assistenza domiciliare integrata ANNO 2016

	Distretti 1 e 2		Distretto n.3		Distretto n.4		Totale	
	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori
ADI - A (riabilitativa)	nd	nd	26	947	138	1.239	164	2.186
ADI - B (infermieristica)	nd	nd	996	17.410	1.412	26.641	2.408	44.051
ADI - C (programmata da parte del MMG)	nd	nd	2.045	28.016	3.121	44.563	5.166	72.579
ADI - D (integrata medico/infermiere)	nd	nd	145	4.401	540	35.545	685	39.946
ADI - H (ospedalizzazione domiciliare)	nd	nd	2	89	0	0	2	89
Accessi sanitari (ADI occasionale con almeno 1 accesso annuale)	nd	nd	1.531	10.540	353	630	1.884	11.170
Accessi sanitari (min. 1 accesso ripetuto per più di un mese)	nd	nd	214	2.295	678	3.590	892	5.885
AD Oncologica (malati terminali)	nd	nd			69	3.617	69	3.617
AD Palliative	nd	nd			233	862	233	862
AD Oncologica (malati terminali) con NCP	nd	nd	109	2.654	37	2.209	146	4.863
Totale	7.569	181.891	5.068	66.352	6.581	118.896	19.218	367.139

Tabella 9 - Case di riposo convenzionate con l'ULSS 9 ANNO 2016

	Distretto n.1 e 2	Distretto n.3	Distretto n.4	Totale
N. Case di riposo	35	16	23	74
N. posti letto autorizzati disponibili per anziani non autosufficienti <i>di cui</i>	2.659	1.085	1.581	5.325
Posti letto per assistenza ridotta	2.099	893	1.404	4.396
Posti letto per assistenza media	560	182	177	919
Posti letto SAPA (Servizi Alta Protezione Alzheimer)	ND	10	ND	10
N. giorni di assistenza in posti letto di 1° livello	755.690	266.729	413.051	1.435.470
N. giorni di assistenza in posti letto di 2° livello	176.765	44.420	34.298	255.483

L'assistenza primaria

Tabella 10 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati con l'ULSS 9 al 31/12/2015

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Medici di Medicina Generale	304	105	192	601
Pediatri di Libera Scelta	55	20	39	114

FORME ASSOCIATIVE

Numero Medicine di Gruppo Integrate attivate	3	3*	0	5
--	---	----	---	---

*attivate al 28/02/2017

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione attraverso le funzioni garantite direttamente dal Dipartimento stesso in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali.

Con DDG n. 16 del 02/01/2017 l'azienda ha preso atto dell'avvenuta soppressione, a far data dal 01/01/2017, dei dipartimenti di Prevenzione insistenti nelle disciolte ULSS 21 ed ULSS 22 ed ha confermato l'esistenza di un unico Dipartimento di Prevenzione per l'azienda ULSS 9 Scaligera.

Tabella 11 - Attività di Screening - Anno 2015

		INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)
Attività di Screening	SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione target 2015(donne in età tra 50 e 69 anni, cadenza biennale)	30.820	8.919	18.436
		Tasso di copertura corretto 2016 (Obiettivo regionale 80%)	68,98%	80,75%	64,3%

SCREENING CITOLOGICO	Popolazione target 2015 (donne in età tra i 25 e i 64 anni, cadenza triennale)	42.752	12.176	27.436
	Tasso di copertura corretto 2016 (Obiettivo regionale 60%)	45,37%	65,46%	54,3%
SCREENING DEL COLON-RETTO	Popolazione target 2015 (uomini e donne in età tra i 50 e i 69 anni, cadenza biennale)	59.980	18.275	36.846
	Tasso di copertura corretto 2016 (Obiettivo regionale 65%)	39,1%	69,98%	63,65%

Tabella 12 - Attività del Dipartimento di Prevenzione - Anno 2015

		INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)
Servizio Igiene e Sanità Pubblica - SISP	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE	n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)	735	122	770
		n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	144.157	57.178	40.443
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	91,5%	95,93%	89,63%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	88,44%	94,91%	85,15%
	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	n. sopralluoghi	848	600	997
		n. campionamenti	16	138	183
		n. pareri edilizi	530	154	434
	Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN	Pareri ed Accertamenti Alimentari	4.254	1078	1.549
		Pareri su Acque	505	382	0*
		Sopralluoghi/Interventi Alimenti	1.307	339	1085
Sopralluoghi e Vigilanza Acqua Potabile, Privata e di Acquedotto		502	754	47**	
Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti		541	167	266	
Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico		1.004	1.634	1.410	
Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica		103	180	65	
Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole		140	62	43	
Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - SPSAL	VIGILANZA	Sopralluoghi	1.081	534	715
		Aziende oggetto di intervento	1.196	379	793
		Indagini per infortuni sul lavoro	97	58	93
		Indagini per malattie professionali	185	90	96
		Verbali redatti con contravvenzioni	281	111	70
	VALUTAZIONI E PARERI	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	28	49	57
		Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	618	492	497
	ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	241	54	193
		Ascolto sullo stress lavoro-correlato	52	3	9
	ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	59	19	27
Produzione e/o diffusione di materiali		45	4	2	

* si tratta di giudizi di idoneità su acqua utilizzata da privati. Questo Servizio, di regola, non esegue campionamenti su acqua di privati e non esprime quindi giudizi in merito.

** il servizio di norma non segue l'acqua di privati ma solo quella di acquedotto. L'indicatore si rifà anche all'attività di vigilanza sulle reti pubbliche con compilazione di verbale. Nel 2015 tale attività, svolta negli anni precedenti, non è stata eseguita. Sono però stati eseguiti n. 47 controlli per la titolazione del disinfettante sulle acque potabili (clorimetro), con compilazione di verbalino specifico e registrazione su programma informatico acque.

Tabella 13 - Attività dei Servizi Veterinari - Anno 2015

	INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)
Servizio Veterinario Sanità Animale	Richieste di intervento da parte degli utenti	ND	3.405	3.950
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	1.520	986	1450
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	679	441	522
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	2.155	1.603	2010
	Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	85	585	910
	Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	accertamenti/pareri	846	486
campionamenti/prelievi		1.230	283	580
sopralluoghi/interventi		3.630	2.550	2.368
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni bianche	1.880	1.505	2.570
	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni rosse	1.020	2.194	2.900
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio	586	101	200
	Vigilanza in stabilimenti di produzione/trasformazione di alimenti	1.086	1084	1800
	Vigilanza distribuzione e commercializzazione	350	422	850
	Prelievo campioni per sicurezza alimentare	2.064	5.131	7.000
	Certificati esportazione prodotti di origine animale	1.945	860	1050
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	52	77	180

Il personale dipendente

I dipendenti delle tre aziende confluite nell'Azienda ULSS 9 suddivisi per distretto erano 5.771. A questi va aggiunto il personale cosiddetto "convenzionato", ovvero i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta, gli Specialisti Ambulatoriali Interni e i Medici di Continuità Assistenziale (ex-guardia medica).

Tabella 14- Composizione del personale dipendente per ruolo

PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato (al 31/12/2016)	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Dirigenza medica	345	273	283	901
Dirigenza NON medica	50	43	27	120
Dirigenza professionale	2	2	2	6
Dirigenza tecnica	5	2	1	8
Dirigenza amministrativa	12	5	8	25
Comparto ruolo sanitario	1.112	955	762	2829
Comparto ruolo tecnico	437	276	401	1114
Comparto ruolo amministrativo	324	201	190	715
Totale personale dipendente	2.287	1.757	1.674	5.718
	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
PERSONALE CONVENZIONATO				
Medici di medicina generale	305	102	186	593
Pediatri libera scelta	56	21	39	116
Specialisti ambulatoriali interni	150	28	31	209
Medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale	58	21	40	119
Tot. personale convenzionato	569	172	296	1.037

Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento

Tabella 15- Conto economico 2015

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 ex ULSS 22	ULSS 9 SCALIGERA
VALORE PRODUZIONE	€ 833.712.341,17	€ 285.482.823,53	€ 628.226.801,00	€ 1.747.421.965,70
COSTI PRODUZIONE	€ 860.612.954,19	€ 294.607.486,54	€ 624.929.202,00	€ 1.780.149.642,73
RISULTATO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	-€ 26.900.613,02	-€ 9.124.663,01	€ 3.297.599,00	-€ 32.727.677,03
RISULTATO DELLA GESTIONE FINANZIARIA E STRAORDINARIA	€ 7.129.620,08	€ 889.631,86	€ 2.217.153,00	€ 10.236.404,94
RISULTATO ECONOMICO PRIMA DELLE IMPOSTE	-€ 19.770.992,94	-€ 8.235.031,15	€ 5.514.752,00	-€ 22.491.272,09
IMPOSTE E TASSE	€ 8.598.536,08	€ 6.360.789,09	€ 5.412.929,00	€ 20.372.254,17
RISULTATO ECONOMICO	-€ 28.369.529,02	-€ 14.595.820,24	€ 101.823,00	-€ 42.863.526,26

I dati di costo rilevati nel bilancio di esercizio dell'anno 2015, sono stati rielaborati sulla base della destinazione d'uso delle risorse per la redazione del modello ministeriale LA che si articola in tre macro aree di attività, così come previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001. A loro volta, le tre macro aree si articolano in sub livelli. I dati relativi alla ULSS 9 Scaligera sono la mera somma dei tre bilanci delle ex ULSS 20, 21 e 22.

Tabella 16- Costi per Livello Essenziale di Assistenza Anno 2015 (valori in migliaia di €)

Macrovoce economiche	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 ex ULSS 22	ULSS 9 Scaligera
Assist. sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	33.184	10.951	18.070	62.205
Igiene e sanità pubblica	1.671	1.040	1.311	4.022
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.401	774	1.087	3.262
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	4.487	1.551	1.066	7.104
Sanità pubblica veterinaria	7.172	3.564	6.186	16.922
Attività di prevenzione rivolte alle persone	16.515	3.694	8.090	28.299
Servizio medico legale	1.938	328	330	2.596
Assistenza distrettuale	492.397	161.792	298.769	952.958
Guardia medica	4.881	1.362	2.496	8.739
Medicina generale	39.559	16.291	28.977	84.827
Emergenza sanitaria territoriale	11.100	2.442	5.276	18.818
Assistenza farmaceutica convenzionata	134.783	38.772	78.558	252.113
Assistenza Integrativa	6.025	1.912	3.294	11.231
Assistenza specialistica	129.064	57.094	104.609	290.767
Assistenza Protetica	11.859	2.587	4.978	19.424
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	60.995	15.864	22.133	98.992
Assistenza territoriale semiresidenziale	9.375	4.662	8.461	22.498
Assistenza territoriale residenziale	83.902	20.550	39.417	143.869
Assistenza Idrotermale	854	256	570	1.680
Assistenza ospedaliera	330.781	121.760	312.692	765.233
Attività di pronto soccorso	6.917	13.657	12.289	32.863
Assistenza ospedaliera per acuti	281.043	94.502	271.184	646.729
Interventi ospedalieri a domicilio	0	1	0	1
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	11.711	2.964	620	15.295
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	26.776	7.963	24.549	59.288
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.309	2.175	1.873	5.357
Trapianto organi e tessuti	3.025	498	2.177	5.700
TOTALE	856.362	294.503	629.531	1.780.396

Tabella 17- Indicatore di tempestività dei pagamenti

	Anno 2015	Anno 2016
ex ULSS 20	+5,5 gg	+2,71 gg
ex ULSS 21	-3,6 gg	-2,66 gg
ex ULSS 22	-5,3 gg	-3,48 gg

2.2. La normativa di riferimento

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29/06/2012 (modificato con L.R. n. 46 del 03/12/2012) ha rappresentato il quadro di riferimento normativo principale per la programmazione fino a tutto l'anno 2016.

L'attuazione del piano avvenuta tramite l'applicazione delle schede di programmazione ospedaliera e territoriali, approvate con DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 ha comportato la revisione per azienda del numero e dell'organizzazione dei presidi, delle specialità, dei posti letto, delle strutture intermedie e dei servizi ambulatoriali.

Nel 2017 la normativa principale di riferimento è la L.R. 19/2016 che ha ridefinito numero, assetto organizzativo e denominazione delle Aziende ULSS del territorio regionale a decorrere dal 1° gennaio 2017 ed ha istituito l'"Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero"

Pertanto la programmazione aziendale del triennio 2017-2019 non potrà che essere strettamente e prioritariamente correlata alla attuazione delle disposizioni conseguenti alla riforma del Sistema Sanitario Regionale.

Inoltre, in continuità con i piani della performance degli anni precedenti l'Azienda ULSS 9 Scaligera recepisce gli obiettivi di salute e funzionamento, con relativi indicatori di performance emanati dalla Regione Veneto con la delibera annuale. A seguito della nuova DGRV 246 del 07/03/2017, L'Azienda ULSS 9 aggiorna il Piano Performance 2017-2019 adottato con Delibera del Direttore Generale n. 70 del 31/01/2017 come previsto dalla DGRV 140 del 16/02/2016.

Si elencano di seguito le principali disposizioni nazionali e regionali che delineano il quadro normativo di riferimento.

Ambito programmazione

- Patto per la Salute 2014-2016 tra Stato-Regioni;
- **Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016** "Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero" – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"
- **DGRV n. 2174 del 23/12/2016** "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n.19";
- **DDG n. 1 del 02/01/2017** "Preso d'atto della L.R. n. 19 del 25/10/2016 recante "Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero" – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS";
- **DDG n. 4 del 02/01/2017** "Individuazione delle funzioni di coordinamento per l'area tecnico – amministrativa"
- **DDG n. 6 del 02/01/2017** "Determinazioni in merito agli incarichi di direttore di Dipartimento"
- **DDG n. 15 del 02/01/2017** "Organizzazione del Dipartimento Distretto dell'Azienda ULSS 9 Scaligera"
- **DDG n. 16 del 02/01/2017** "Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 9 Scaligera"
- Legge Regionale n. 23 del 29/6/2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario 2012-2016";
- **Capo VII – Disposizioni in materia di sanità** – Disegno di legge relativo a "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017" (deliberazione della Giunta Regionale n.23/DDL del 26 ottobre 2016
- **DGRV n. 2122 del 19/11/2013** "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013";
- **DGR n. 2172 del 23/12/2016** "Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR";

- **DGRV n. 749 del 14/05/2015 e s.m.i.** “Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014- 2018”;
- **DGR n. 751 del 14/05/2015** “Attuazione della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 ‘Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016’ e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013”;
- **DGR n. 1527 del 03/11/2015** “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- **DGR n. 15 del 09/12/2015** “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Sistema Sanitario Nazionale”;
- **DGR n. 1888 del 23/12/2015** “Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato”;
- **DGR n. 1903 del 23/12/2015** “Disposizioni applicative alla DGR n. 1169/2015 in merito alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale”;
- **DGR n. 1914 del 23/12/2015** “Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015”;
- **D.G.R. n. 1969 del 06/12/2016** “Approvazione di un Protocollo di intesa tra l’amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l’emanazione da parte del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all’articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111”
- **D.G.R. n. 246 del 07/03/2017** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2017”.

Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **D.lgs. n. 118 del 23/06/2011** che al titolo II detta disposizioni sui “*principi contabili generali e applicati per il settore sanitario*” introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;
- **DGRV n. 154/CR del 24/10/2012** “Assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l’erogazione dei livelli di assistenza per gli esercizi 2013, 2014, e 2015. Richiesta di parere alla commissione Consiliare a norma dell’art. 41, L.R. 5/2011”;
- **DGRV n. 2621 del 18/12/2012** Ulteriori iniziative da porre in essere a decorrere dall’anno 2012 in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel DL 95/2012 e nella relativa legge di riconversione, L. 135/2012 (cd “*spending review*”);
- D.P.E.F (Documento di Programmazione Economica e Finanziaria) relativo all’anno 2014 approvato con **DGR n. 70/CR del 28/6/2013**;
- **DGRV n. 2718 del 29/12/2014** “Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all’IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011: assegnazione provvisoria delle risorse per l’erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei limiti di costo anno 2015”;
- **DGRV n. 1169 del 08/09/2015** “D.L. n. 78/2015 (c.d. *spending review*) convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative”;
- **DGRV n. 1882 del 23/12/2015** “Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l’utilizzo nell’anno 2016 dell’istituto dell’acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l’8.06.2000”;
- **DGRV n. 1905 del 23/12/2015** “Rilevazione fabbisogno di personale sanitario per l’anno 2016 in rapporto alle previsioni dell’articolo 14, comma 1 della L. 161/2014”;
- **DGRV n. 1907 del 23/12/2015** “Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni”;

- **DGRV n. 2076 del 30/12/2015** “Finanziamenti di interventi inseriti nei piani investimenti delle Aziende Sanitarie del SSR”;
- **DGRV n. 183 del 01/07/2015** “Percorso Attuativo della Certificabilità ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Recepimento delle raccomandazioni/prescrizioni al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).
- **DGRV n.28 del 19/01/2016** “Determinazione dei limiti di costo per l’anno 2016 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l’IRCCS “ Istituto Oncologico Veneto”;
- **DDG n. 1 del 10/01/2017** “Disposizioni per l’anno 2017 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2017”;
- **DGRV n. 2165 del 23/12/2016** “Determinazione dei limiti di costo anno 2017 per gli acquisti di prestazioni psichiatriche residenziali e semiresidenziali delle Aziende ULSS”;
- **DGRV n. 2061 del 30/12/2015** “Approvazione piano triennale di razionalizzazione e riqualificazione delle spese 2015-2017, ex art. 16 D.L. n. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111/2011. Resoconto razionalizzazione e riqualificazione delle spese anno 2014: presa d'atto certificazione da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e ipotesi destinazione risorse. Approvazione in via definitiva del fondo per il trattamento accessorio del personale del Comparto per l'anno 2015”
- **DGR n. 16 del 23/02/2017** “Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari – anno 2017 – alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”.

Ambito Performance e Anticorruzione

- **D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009** “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- **DGR n. 2205 del 06/11/2012** “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”;
- **D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013** “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **Delibere CIVIT/ANAC n. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013** che contengono linee guida per le Regioni e gli enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale in materia di struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;
- **Delibera ANAC n. 148/2014** “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell’Autorità”;
- **Delibera ANAC n. 12 del 28/10/2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- **DGR 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)”.

Network e benchmarking

- Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali – Scuola Superiore sant’Anna di Pisa;
- Programma nazionale valutazione esiti AGENAS;

3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo che sono supportate dai seguenti documenti, strumenti e metodi:

- il Piano della Performance;
- il Documento delle Direttive, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e del rapporto costo/qualità delle attività delle Unità operative. Viene inoltre data evidenza ai cosiddetti progetti "incentivanti" per ciascuna unità operativa nell'ottica di una trasparente gestione delle risorse collegate al raggiungimento di obiettivi specifici;
- il Sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative.

3.1. Le linee programmatiche

Il Piano della Performance articolato su un orizzonte temporale triennale è di norma modificato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale e/o modifiche del contesto interno ed esterno. Tuttavia, al fine di ottemperare alle disposizioni regionali e considerato che la programmazione strategica dell'Azienda non può prescindere dall'attuazione della Legge regionale 19/2016 con l'obiettivo prioritario di realizzare l'unificazione e/o armonizzazione di processi, articolazioni e attività aziendali destinando prioritariamente risorse umane e strumentali a supporto del processo di fusione delle tre ex aziende è stato adottato il Piano delle Performance entro il 31/01/2017 in carenza della Delibera della Giunta Regionale che avrebbe dovuto determinare gli obiettivi per l'anno 2017. A tal proposito si richiama la deliberazione della Giunta Regionale n. 2174 del 23/12/2016 ad oggetto "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n.19" che ha approvato le prime misure riguardanti gli ambiti sotto riportati:

- Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del SSR e finanziamento dei contratti di formazione specialistica;
- lavori di edilizia sanitaria;
- Assistenza territoriale e Cure Primarie;
- Rete dei Comitati etici;
- Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza S05 – assistenza psichiatrica;
- Elenco degli erogatori privati accreditati;
- Piani di zona, registro unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, impegnative di cura domiciliare;
- Verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla L.R. 16/08/2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento per le Unità di Offerta Socio Sanitarie;
- Gestione Sinistri e Rischio Clinico;
- Attività inerenti l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e la sperimentazione;
- strutture di cure intermedie;
- nuovi codici ospedali;
- Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria della Regione del Veneto;
- Liste di attesa.

Le disposizioni contenute nella sopra citata deliberazione regionale e negli allegati che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, impattano sulla pianificazione aziendale e al fine di garantire la loro attuazione, secondo i tempi e le modalità richieste, saranno declinati in obiettivi e attività per molte articolazioni dell'Azienda ULSS 9.

L'azienda ha ritenuto, inoltre, di mantenere, in continuità con gli obiettivi di Salute e Funzionamento dell'anno 2016, quali ambiti prioritari di programmazione quei livelli prestazionali e di attività parzialmente e/o non raggiunti nel 2016 nelle tre ex aziende. Sono previsti interventi mirati soprattutto in quegli ambiti che presentano una criticità trasversale

per le seguenti aree: area dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), area della sostenibilità economico – finanziaria, area informatica e dei flussi informativi.

Recependo, infine, la DGRV 246 del 07/03/2017 riguardante gli Obiettivi Regionali di Salute e Funzionamento per l'anno 2017 l'Azienda integra il Piano delle Performance 2017-2019 adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.70 del 31/01/2017 e si impegna a far propri e a perseguire gli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale ed assegnati al Direttore generale all'atto del conferimento dell'incarico ed annualmente aggiornati, assicurandone il conseguimento, nell'arco temporale definito, e impegnandosi a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo (2018/2019).

3.2. Documento delle Direttive e obiettivi strategici

Con il Documento di Direttive, strumento di Programmazione annuale, viene esplicitato il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017. il Documento di Direttive rappresenta lo strumento tecnico attraverso il quale le linee di indirizzo contenute nel Piano delle Performance trovano declinazioni specifiche e articolate garantendo allo stesso tempo coordinamento e coesione ai propositi di gestione aziendale;

Considerato che si tratta di un'integrazione del Piano della Performance 2017-2019 già adottato in un'ottica di ottimizzazione, che guida molte politiche aziendali, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il Piano delle Performance approvato contenga il Documento di Direttive 2017, permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.

3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale DGRV 246 del 07.03.2017

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici derivanti dalla programmazione regionale raggruppati in macro aree:

- **A) Equilibrio Economico Finanziario e rispetto dei tetti di spesa "Sostenibilità economico – finanziaria"**

- **A.1 Equilibrio Economico-Finanziario**

Le principali risultanze del Bilancio Economico Preventivo 2017 confrontato con il IV CEPA 2016 consolidato delle tre ex. Aziende vengono riportate nella tabella seguente.

	IV CEPA RETTIFICATO SANITARIO	BILANCIO DI PREVISIONE 2017 SANITARIO	VARIAZIONE	%
RISULTATO DI ESERCIZIO	- 62.276.448,94	- 127.106.212,57	- 64.829.763,63	104,10%
Totale valore della produzione (A)	1.614.846.946,06	1.549.289.912,20	- 65.557.033,86	-4,06%
Totale costi della produzione (B)	1.658.010.482,55	1.655.901.565,99	- 2.108.916,56	-0,13%
Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 442.611,64	- 418.000,00	24.611,64	-5,56%
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-	
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.544.456,83	- 79.000,00	- 1.623.456,83	-105,12%
Totale imposte e tasse	20.214.757,64	19.997.558,78	- 217.198,86	-1,07%

Tuttavia si precisa che tale bilancio economico preventivo presenta una perdita di 127,1 milioni di euro, in incremento di 64,8 milioni di euro rispetto al 2016, in quanto, nonostante la previsione della riduzione del costo della produzione di 2,1 milioni di euro la diminuzione del valore della produzione risulta pari a -65,5 ml (-4%):

- il riparto prevede una riduzione della quota capitaria per 35,00 milioni di euro;
- la somma destinata al finanziamento regionale a funzione si riduce per euro 6,4 ml di euro;
- la mancata assegnazione del fondo non autosufficienza di cui alla DDR 128/2016 è pari ad euro 5,18 milioni ;
- la scelta aziendale di prevedere rettifiche di contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti per 15,3 ml. di euro.

- A.2 e A.3 Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale e dei Beni Sanitari:

Il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 16 del 23 febbraio 2017 ha determinato i limiti di costo (soglie) per l'anno 2017 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto".

Il sopracitato Decreto ha assegnato alle aziende ULSS, Ospedaliere e IRCCS-IOV i limiti di costo per i beni sanitari (allegato B) definendo al contempo la metodologia di calcolo di tali limiti (allegato A) e le regole di sistema/disposizioni regionali relative a farmaci di fascia C e CNN, usi of-label, farmaci equivalenti, farmaci biosimilari, registri AIFA e rimborsi, raccomandazioni evidence based, linee di indirizzo e registri regionali, prescrizione e dispensazione di farmaci alla dimissione da ricovero o da visita specialistica, qualità dei flussi informativi.

Al fine di individuare ambiti con particolari criticità considerata complessivamente viene riportata una tabella che evidenzia l'andamento dei dati di spesa 2016, somma dei dati rilevati alla IV rendicontazione trimestrale per le tre ex aziende, confrontati con i limiti di costo assegnati alla Azienda ULSS 9.

A tal riguardo la situazione nel 2016 per l'AULSS 9 è la seguente:

Tabella 18- Limiti di Costo con valori assoluti (in migliaia di €)

Natura di costo	Consuntivo 2016 (Stima)	Soglia 2017	Previsione costo 2017	Scost.	Scost. %
Personale	269.465	269.329	269.177	-152	-0,06%
Farmaceutica territoriale	103.679	99.047	101.116	2.069	2,09%
Farmaceutica ospedaliera (al netto di farmaci epatite c)	56.546	57.917	57.804	-113	-0,20%
Dispositivi medici	27.186	26.809	27.429	620	2,31%
Dispositivi IVD	7.855	7.847	7.957	110	1,40%
Assistenza integrativa	10.528	9.716	10.149	406	4,17%

Dal confronto dei limiti di costo con i dati aggregati dei bilanci pre-consuntivi al IV CEPA e con le previsioni inserite nel Bilancio Economico Preventivo 2017 emerge che:

- il personale risulta sostanzialmente in linea con il limite assegnato sia come andamento della spesa 2016 sia come previsione 2017;

- la spesa farmaceutica territoriale rimane un ambito di criticità in quanto la riduzione della spesa pro capite da 114€ a 110€ prevista nel 2017 ha ulteriormente ampliato lo scostamento tra il limite di costo assegnato e la previsione inserita a bilancio nel 2017 (+2,069 milioni di euro pari al +2,09%) pur essendo tale previsione in riduzione rispetto al preconsuntivo 2016;

- la farmaceutica ospedaliera risulta sostanzialmente allineata al valore soglia con un obiettivo di costo dell'azienda ULSS 9 Scaligera che prevede un aumento molto contenuto (+0,8%) rispetto agli importi complessivi di spesa dell'anno 2016;

- i dispositivi medici e i dispositivi medici in vitro registrano nella previsione di costo 2017 un superamento dei limiti di costo assegnati rispettivamente del +2,3% e del +1,4% e un aumento rispetto ai costi sostenuti nell'anno precedente anche se molto contenuto (+0,8%). Tuttavia questo andamento trova giustificazione nella strategia aziendale di far rientrare quanto più possibile nell'ambito delle strutture aziendali prestazioni precedentemente erogate in convenzione o in mobilità da altre aziende con conseguente aumento dell'efficienza nonostante l'incremento dei consumi di beni sanitari;

- l'assistenza integrativa presenta lo scostamento in percentuale più rilevante tra limite di costo assegnato e previsione 2017 (+4,17%), mentre è il terzo ambito per valore assoluto di scostamento dopo l'assistenza farmaceutica territoriale e i dispositivi medici. Nonostante una previsione in riduzione rispetto al dato 2016 risulta necessario partire dall'analisi delle tre ex aziende in quanto l'andamento dei costi rispetto ai tetti assegnati risulta disomogeneo nei quattro distretti. La previsione sarà pertanto rivista tenendo conto che la Regione Veneto ha individuato un costo pro capite mediano pesato di 6,4€ per i dispositivi per diabetici, un costo mediano annuo per trattato affetto da celiachia pari a 1.216€ e un costo mediano mensile per trattato affetto da insufficienza renale cronica pari a 48€.

Tabella 19- spesa in DPC e distribuzione diretta per azienda di residenza – stima 2016

Azienda Sanitaria	pro capite pesato classe A 2016	pro capite pesato classe H 2016
Ex 120.VERONA	40	45
Ex 121.LEGNAGO	36	42
Ex 122.BUSSOLENGO	35	42
AULSS 9	39	43
VENETO	39	37
Valore soglia 2016	<= €41	<= € 33

Ulteriori limiti di costo previsti dalla Regione Veneto sono relativi al costo farmaceutico pro capite pesato di classe A e di classe H. Per l'anno 2017 la Regione Veneto ha fissato il limite di costo pro capite pesato per la distribuzione diretta, la distribuzione per conto e l'ambulatorio in classe A e H a € 102: costo calcolato per azienda di residenza del paziente, esclusa la spesa per ossigeno, per i farmaci per il trattamento delle malattie rare e per i fattori di coagulazione per l'emofilia I dati relativi al 2016 elaborati complessivamente confermano una criticità per il pro capite pesato di classe H ampiamente superiore al valore soglia. Si evidenzia tuttavia che oltre il 70% della spesa dei farmaci per questa classe viene erogata dall'AOUI di Verona (vedi tabella sotto riportata). Mentre il pro-capite pesato classe A la ULSS 9 Scaligera rispetterebbe il valore soglia pur con una discreta variabilità nell'ambito delle tre ex aziende.

classe H	% Spesa classe H erogata dall'AOUI su spesa delle ULSS gen-ott 2016
AOUI / 120	73,4%
AOUI / 121	57,6%
AOUI / 122	72,7%
AOUI SU AULSS9	70,6%

Si tratta di un ambito di miglioramento già conosciuto a livello aziendale infatti nel 2016 è stato istituito un tavolo di lavoro tra le tre aziende territoriali, ora AULSS 9, l'A.O.U.I. e i privati accreditati che dovrà proseguire nell'individuazione dei percorsi per aumentare il livello di appropriatezza e predisporre P.D.T.A. condivisi.

A seguito dell'approvazione del DPCM inerente i nuovi livelli di assistenza la disciplina in materia di assistenza protesica verrà rivista e la Regione Veneto con il DDG n.60/2017 ha stabilito che i dispositivi monouso debbano essere erogati non più in regime di assistenza protesica ma come assistenza integrativa mentre tutti gli altri ausili rimangono a far parte della c.d. assistenza protesica. La regione Veneto ha assegnato per l'anno 2017 un costo pro capite mediano pesato pari a 6,7€ per l'assistenza integrativa monouso e un costo pro capite mediano pesato di 9,8€ per l'assistenza protesica maggiore comprensivo dei dispositivi extra nomenclatore, cespiti, servizi accessori (sanificazioni, manutenzioni ecc...)

Tabella 20- Assistenza Protesica per azienda di residenza – stima 2016

Assistenza protesica	Pop. pesata riparto 2016	Pro-capite 2016	Stima regionale valore assoluto 2016
Ex ULSS20	473.308	19,45	9.693.348
Ex ULSS21	151.654	16,42	2.373.385
Ex ULSS22	276.023	17,27	4.766.917
AULSS 9	900.985	18,68	16.833.650
Veneto		17,04	
Valore soglia 2016		15,00	

Tenuto presente che l'aumento dell'età media della popolazione comporta un'inevitabile trend di aumento dei costi per assistenza protesica, dovranno essere mantenute e rafforzate le azioni che sono già state attivate a livello aziendale per tendere all'obiettivo regionale e di seguito riportate:

- attivazione di una commissione aziendale per esaminare le prescrizioni economicamente più rilevanti al fine di verificarne l'appropriatezza.
- applicazione delle linee guida concordate a livello provinciale relativamente alla prescrizione di ausili ottici ed elettronici e carrozzine elettriche.
- definizione di linee guida aziendali relativamente alla prescrizione di protesi acustiche e di plantari.
- verifica dell'appropriatezza per le calzature su misura

- controllo dell'attinenza dell' invalidità con il presidio e dei tempi minimi di rinnovo
- controllo sulle assegnazioni dei presidi temporanei per pazienti dimessi dalle chirurgie
- espletamento gara ausili elenco 2
- verifica della correttezza dei costi reali del presidio in caso di prescrizione art.1 comma5 - presidio riconducibile
- espletamento gara prodotti per stomia.

La DGRV n. 2061 del 30/12/2015 ha previsto che le aziende elaborino e propongano piani di razionalizzazione triennali riferiti in particolare ad ambiti rientranti nel campo di intervento delimitato dall'art. 16, comma 4 del D.L. 98/2011 "Razionalizzazione e riqualificazione della spesa, riordino e ristrutturazione amministrativa, semplificazione e digitalizzazione, riduzione dei costi della politica e funzionamento, ivi compresi gli appalti di servizio, gli affidamenti alle partecipate e il ricorso alle consulenze attraverso persone giuridiche". Pertanto, l'Azienda elaborerà il Piano di Razionalizzazione 2017-2019 in conformità con quanto richiesto dalla Regione Veneto con Nota Protocollo n. 529222 del 29/12/2016 e tenendo a riferimento la DGRV 1969/2016 che individua, anche se a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti ambiti di spesa:

- la gestione del patrimonio immobiliare, con riguardo agli immobili acquisiti in locazione o a quelli di proprietà dell'ente, suscettibili di interventi di razionalizzazione per la più funzionale utilizzazione degli spazi;
- l'acquisizione di servizi di qualsiasi tipologia, anche mediante gara esperita da parte del soggetto aggregatore;
- la spesa derivante dal completamento dei processi di informatizzazione in ambito territoriale;
- le spese di funzionamento relative ai soggetti accreditati per l'attività ambulatoriale, con particolare riferimento ai laboratori analisi;
- le spese rilevate e contabilizzate alla voce di Conto Economico B.2.A.15.3.B) – Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato, con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive ex Legge n. 1/2002;
- l'acquisizione di forniture di qualsiasi tipologia, inclusi quelli di noleggio di vetture, utenze telefoniche e postazioni e servizi informatici;
- le spese relative alla amministrazione generale e di consulenza.

- B) Rispetto dei tempi massimi di attesa secondo le linee guida regionali

- B.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso

Aderenza alle disposizioni operative regionali (DGRV 1513/2014) per l'attività del Pronto Soccorso con mantenimento miglioramento degli standard di durata degli accessi, di attesa per la presa in carico, di intervallo Allarme –Target dei mezzi di soccorso;

- B.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

assegnare una classe di priorità garantendo una diversa tempistica per gli interventi chirurgici: quattro classi di priorità previste (A 30 gg, B 60 gg, C 90 gg, D 180 gg);

garantire agli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna l'inserimento nella classe di priorità A (30 gg di tempo di attesa) anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

- B.3 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

La pianificazione aziendale da tempo dedica particolare attenzione alla problematica dell'accesso alle prestazioni da parte dell'assistito in termini di tempo di attesa tra la prescrizione e l'erogazione. Infatti la Regione Veneto, nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, già con DGR 3140/2010 successivamente integrata con DGR 2369/2011, ha provveduto a definire le percentuali di prestazioni ambulatoriali da erogarsi entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità. Nel recepire il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa la Regione, con la DGR 863/2011, ha confermato l'impostazione metodologica che affronta la problematica sui tre fronti: l'informazione, la domanda e l'offerta di prestazioni.

La DGR n. 320 del 12/03/2013 ha voluto rafforzare le indicazioni principali della normativa nazionale e regionale già esistente, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa assegnando al Direttore Generale la responsabilità dell'attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa che descrive il sistema di governo aziendale. Inoltre allo scopo di valutare le azioni poste in essere e i risultati relativi al contenimento dei tempi di attesa è stato attivato il Tavolo di Monitoraggio Aziendale che supporta il Direttore Sanitario, verifica il rispetto dell'appropriatezza

prescrittiva e della corretta erogazione dei percorsi assistenziali offerti e cura a livello aziendale le modalità di formazione e informazione per i soggetti prescrittori.

Anche per il 2016 la DGRV 2072/2015 aveva riportato obiettivi di contenimento dei tempi di attesa e di attuazione del Piano Aziendale.

La rilevanza del rispetto degli standard dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali trova ulteriore conferma nel Progetto di legge n. 194 relativo a "Collegato alla legge di Stabilità regionale 2017" all'art. 38 "Interventi per il governo delle liste d'attesa".

La Regione Veneto dispone che le Aziende ULSS e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, debbano rispettare i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti. Al comma 4 dell'art. 38 della predetta norma la Regione prevede che l'Azienda debba:

- garantire appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- assegnare una classe di priorità così come previsto dall'impegnativa del SSN (Urgente, Breve, Differita, Programmabile) e garantire ad ogni classe una diversa tempistica di erogazione. Tale tempistica è confermata per le classi U e B, mentre per la classe D passa per tutte le prestazioni da 60 a 30 giorni dalla prenotazione e per la Classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo prescrizione del medico rispetto ai 180 giorni previsti nel 2016;
- erogare il 90% delle prestazioni entro i tempi massimi previsti per ogni classe di priorità e deve garantire un'erogazione del restante 10% entro i successivi 10 giorni per la classe B e i successivi 30 giorni per le classi D e P;
- individuare modalità di accesso e/o di presa in carico per ulteriori accertamenti o visite di controllo;
- definire modalità di gestione della pianificazione dell'offerta anche in relazione all'analisi della domanda;
- garantire la possibilità di teleconsulto tra i medici prescrittori e i medici eroganti;
- facilitare l'accesso dell'utente sia alla direzione generale sia ad un numero verde regionale per segnalare eventuali criticità;
- garantire standard operativi e di integrazione dei centri di prenotazione;
- pianificare l'apertura e il funzionamento delle strutture fino alle ore 23 per almeno 3 giorni alla settimana e dalle 8 alle 12 la domenica e i giorni festivi;

- C) Rispetto della garanzie dei Livelli Essenziali di assistenza

- C.1- Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione

- Miglioramento dei tassi di copertura vaccinali e dei tassi di adesione agli screening oncologici
 Il triennio 2017-2019 vedrà il Dipartimento di Prevenzione impegnato ad integrare i Piani di Prevenzione Aziendali per sviluppare tutti quei macro obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRV 749 del 14/05/2015, in applicazione al Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018. L'azienda ULSS 9 Scaligera nel 2017 dovrà coordinare, nell'ambito dell'unico Dipartimento di Prevenzione previsto, le attività di tutte le Unità Operative per garantire il raggiungimento dei macro obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione secondo le priorità e i tempi indicati per singolo programma così come previsto dal piano stesso. In particolare dovrà continuare ad investire in attività per il mantenimento dei tassi di adesione alle vaccinazioni, l'incremento dei tassi di adesione agli screening oncologici e il consolidamento dei progetti in corso per la promozione della salute.
- Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare
 Proseguono inoltre le attività conseguenti alla contaminazione con PFAS - sostanze Perfluoroalchiliche dei corpi idrici superficiali dei comuni della provincia di Verona (Distretti 2 e 3) confinanti con la provincia di Vicenza. Nel 2016 sono state attuate nell'ambito del territorio interessato una serie di azioni, su specifiche indicazioni regionali, riguardanti il controllo delle acque distribuite al consumo umano e su matrici alimentari nell'area di impatto. Sono stati in particolare coinvolti i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione nel monitoraggio della rete acquedottistica e dei pozzi di attingimento autonomi dell'area interessata. Nel 2017 l'Azienda ULSS

9 Scaligera deve garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalla DGRV n. 2133 del 23/12/2016 in aggiunta alle attività di monitoraggio sopracitate.

L'obiettivo generale e del Piano di Sorveglianza in particolare è la prevenzione delle malattie cronico degenerative dovute all'esposizione ai PFAS e agli scorretti stili di vita, con una presa in carico della popolazione esposta attraverso un'offerta terapeutica affidata alla medicina di famiglia e a strumenti di prevenzione finalizzati alla modifica degli stili di vita scorretti affidata al Dipartimento di Prevenzione.

- C.2- Rispetto dei livelli di attività programmata per l'assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa in carico sul territorio

- l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate autorizzate dalla Regione Veneto e l'implementazione di tavoli di monitoraggio e l'adozione di contratti di esercizio omogenei su tutto il territorio aziendale;
- l'implementazione di un modello integrato di Centrale Operativa Territoriale sui quattro distretti dell'Azienda ULSS 9 con miglioramento e potenziamento delle attività finalizzate all'integrazione Ospedale –Territorio, con monitoraggio degli indicatori e raggiungimento degli standard di presa in carico alla dimissione e di assistenza domiciliare del paziente;
- l'adeguamento della residenzialità extra-ospedaliera con revisione del piano di attivazione della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) anche in relazione alle eventuali autorizzazioni che verranno rilasciate dalla Regione Veneto;

- C.3 Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale

Al fine di mantenere un numero di prestazioni ambulatoriali pro capite in linea con lo standard regionale (<4) e ottimizzare il numero di prestazioni specialistiche per singola branca Integrazione ospedale si dovranno attuare azioni che incidano sul versante della domanda e della offerta. Nell'ambito della domanda dovranno essere attentamente monitorate le prestazioni per singolo prescrittore in termini di appropriatezza e di applicazione delle linee guida regionali e aziendali. Sul versante dell'offerta dovrà essere ulteriormente incentivato un approccio assistenziale improntato a modelli organizzativi flessibili, multilivello, multidimensionali e multidisciplinari per garantire la presa in carico del paziente ed evitare la frammentazione e l'inutile duplicazione del percorso diagnostico- terapeutico;

- C.4 Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)

Gli indicatori di esito e di volume previsti dal Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 02/04/2015 e recepito dalla regione Veneto con DGRV 1527 del 03/11/2015 sono oggetto di un attento monitoraggio a più livelli: il livello aziendale per i principali indicatori di volumi e di esito, il livello regionale nell'ambito degli obiettivi assegnati alle direzioni generali e da ultimo a livello nazionale con il Piano Nazionale Esiti. L'azienda in particolare assegna alle UOC/USD obiettivi di budget che spronano le articolazioni aziendali coinvolte al raggiungimento/mantenimento degli standard, implementa proposte formative e attività di audit che consentano di esaminare eventuali scostamenti e criticità.

- C.5 Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA

- **"Osservanza delle Linee Guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione e organizzazione degli uffici"**
 - Valutazione della domanda di ricoveri espressa dai residenti nel territorio aziendale (tasso di ospedalizzazione) e riorientamento rispetto ai diversi setting assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere aziendali in quanto anche nel 2016 il tasso di ospedalizzazione dell'ULSS 9 è risultato superiore (138,34%) allo standard regionale del 135%. Si rileva peraltro che oltre il 50% dei ricoveri (81 ricoveri per mille abitanti) viene erogato da ospedali extra ULSS con conseguenti importanti riflessi in termini di mobilità passiva e di sostenibilità economica.

C.3 Rispetto della programmazione Regionale relativamente all'attività Specialistica Ambulatoriale

- Qualità dell'assistenza ospedaliera che prevede un importante coinvolgimento della Direzione Sanitaria e delle direzioni della Funzione Ospedaliera per l'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali per l'implementazione di attività finalizzate al mantenimento/miglioramento degli standard di qualità individuati nell'ambito dell'assistenza ospedaliera: standard minimi volumi ed esiti, indicatori di qualità dell'Area Chirurgica, dell'Area Materno Infantile, dell'Area Oncologica e dell'Area Medica,; standard relativi ai tempi di attesa;
- Miglioramento e/o mantenimento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata pro-capite e sulla spesa farmaceutica ospedaliera.

- E) Adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali

Considerato che l'art. 14 della citata L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, ha previsto che alcune Aziende ULSS incorporino precedenti aziende ivi sopresse, e che questo richiede un impegno supplementare teso all'omogeneizzazione su tutto il territorio dell'offerta dei servizi sanitari e socio sanitari e delle migliori modalità di accesso ai servizi stessi, la Regione Veneto ha identificato un'altra area di obiettivi che, se conseguiti, danno un bonus che si aggiunge al punteggio acquisito con gli obiettivi contenuti nelle sopra indicate aree, fino a concorrere al raggiungimento di un massimo di 60 punti.

A seguito della ridefinizione dell'assetto territoriale delle Aziende ULSS della provincia di Verona sono sicuramente da porre come strategie prioritarie finalizzate al perseguimento di obiettivi di omogeneizzazione ed integrazione di processi, risorse umane e strumentali che coinvolgono la maggior parte delle UOC/UOSD dell'Azienda ULSS 9. A tal fine si fa riferimento a quanto contenuto nella DGRV 2174/2016 e relativi allegati che hanno dettato le prime disposizioni in materia sanitaria connesse alla sopracitata riforma del SSR:

- *Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del SSR e finanziamento dei contratti di formazione specialistica;*
- *lavori di edilizia sanitaria;*
- *Assistenza territoriale e Cure Primarie con specifico riferimento a:*
 - Ricodifica degli ambiti di scelta della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta
 - Costituzione comitati aziendali per la Medicina generale e per la Pediatria di libera scelta
 - Patti aziendali
 - Parametri di configurazione dell'AUR
 - Finanziamenti a funzione nell'area della medicina convenzionata
 - DGR n. 1690 del 26/10/2016 – Disposizioni in materia di specialistica ambulatoriale interna, veterinaria, altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali
 - Istituzione ufficio competente per i procedimenti disciplinari
 - Rilascio attestati esenzioni ticket della specialistica e della farmaceutica
- *Rete dei Comitati etici;*
- *Unità di Offerta con attribuzione del tipo di assistenza S05 – assistenza psichiatrica;*
- *Elenco degli erogatori privati accreditati;*
- *Piani di zona, registro unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, impegnative di cura domiciliare;*
- *Verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla L.R. 16/08/2002, n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento per le Unità di Offerta Socio Sanitarie;*
- *Gestione Sinistri e Rischio Clinico;*
- *Attività inerenti l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e la sperimentazione;*
- *strutture di cure intermedie;*
- *nuovi codici ospedali;*
- *Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria della Regione del Veneto.*

Vista, inoltre, l'importanza strategica di alcune attività legate all'attuazione della legge sopra citata e al debito informativo verso il Ministero della Salute, la Regione Veneto ha previsto ulteriori aree ed obiettivi il cui mancato raggiungimento dà luogo ad una penalizzazione rispetto al punteggio acquisito con gli obiettivi contenuti nelle altre aree. Le aree in oggetto sono le seguenti:

- **F) Attuazione L.R. 19/2016 e Sanità Digitale “Area informatica e dei flussi informativi”**

- **F.1 Corretta gestione dei flussi ministeriali (in termini di tempestività e qualità del dato)**

Per quanto riguarda i flussi informativi dovrà essere garantito il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario in riferimento ai beni sanitari, alla residenzialità extra-ospedaliera e alle Cure Primarie con riorganizzazione e unificazione delle competenze distribuite nelle articolazioni aziendali delle tre ex aziende. Dovrà essere infine adeguato il flusso informativo relativo alla Scheda di Dimissione Ospedaliera e essere garantite verifiche di coerenza tra i diversi flussi ministeriali e regionali.

- **F.2 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico**

Si dovrà proseguire con l’implementazione dell’informatizzazione aziendale (il Fascicolo Sanitario Elettronico), la dematerializzazione del ciclo prescrittivo e l’apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici

- **F.3 Corretta compilazione dei Registri Regionali Area Farmaceutica**

- **F.4 Definizione dei nuovi Atti Aziendali, secondo le indicazioni regionali**

- **F.5 Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019**

- **G) Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza”**

3.2.2. Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
A) Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa										
<i>A1 – Equilibrio Economico-Finanziario</i>	Rispetto del Risultato Economico Programmato	Rispetto risultato programmato 2017	Soglia -31 mln Preconsun.- 42,9 mln	Soglia -13 mln Preconsun.- 15,9 mln	Soglia 0 mln Preconsun.- 3,3 mln				Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione Servizi Sociali	UOC Servizio Contabilità e Bilancio
	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+Imposte e Tasse)	Variazione costo produzione <=0	Precons. +8,08 mln	Precons. +2,8 mln	Precons. +12,8 mln					
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Indicatore di tempestività dei pagamenti <=0	2,71	-2,66	-3,48	<=0	<=0	<=0		
	Adempimenti flusso di contabilità analitica regionale	1)Rispetto scadenze di trasmissione dati 2)qualità dati di contabilità analitica relativi all'anno 2016 valutata positivamente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Direttore Amministrativo	UOC Programmazione, Controllo e Qualità
<i>A2 – Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale</i>	Rispetto del tetto di costo: Personale	Rispetto dei tetti assegnati; DGR 2174/2016 e successive modifiche e integrazioni	€ 105.430.680 *dato aggiornato al IV CEPA	€ 86.917.138 *dato aggiornato al IV CEPA	€77.117.000 *dato aggiornato al IV CEPA	€269.329.000			Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione Servizi Sociali	UOC Serv. Risorse Umane
<i>A3 – Rispetto della programmazione regionali sui costi dei Beni Sanitari</i>	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti Diretti	Rispetto dei tetti assegnati	€ 36.706.440	€ 10.823.060	€ 9.016.150	€57.917.209			Direzione sanitaria	UOC Farmacia Ospedaliera
	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H		40€ 45€	36€ 42€	35€ 42€	≤41€ ≤33€			Direzione sanitaria	UOC Farmacia Ospedaliera
	Registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali								Direzione sanitaria	UOC Farmacia Ospedaliera
	-Rispetto del tetto di costo: DM (*dato 2016 aggiornato al IV CEPA)		Soglia 9,3mln Precon €8,963.520	Soglia 11,4 precon mln € 12.092.664	Soglia 6,3mln precon	€26.808.912			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione	UOC Provveditorato/UOC

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
					6.130.000				Servizi Sociali	Farmacia Osp./UOC Progr. Controllo e Qualità
	-Rispetto del tetto di costo: IVD (*dato 2016 aggiornato al IV CEPA)		Soglia 3,3mln Precon €3.400.030	Soglia 1,95mln Precon € 2.005.200	€ Soglia 2,005mln Precon 2.450.000	€7.847.404			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione Servizi Sociali	UOC Provveditorato/UOC Farmacia Osp./UOC Progr. Controllo e Qualità
	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica convenzionata	Rispetto dei tetti assegnati	Soglia 54,8mln Precon €55.043.570	Soglia 17,1mln Precon € 17.005.200	Soglia 31,2mln Precon €31.630.000	€99.046.742			Direttore Sanitario	UOC Farmacia Territoriale
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa		Soglia 5,9mln Precon € 5.859.850	Soglia 1,4mln Precon € 1.602.840	Soglia 3,1mln Precon €3.065.500				Direttore Sanitario	UOC Farmacia Territoriale
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza protesica			€ 2.144.174,71 *dato aggiornato al IV CEPA					Direttore Sanitario/ Direttore Serv. Sociali e F.T.	UOC Cure Primarie
	-Rispetto del pro capite pesato per Ausili Monouso		19,45	16,42	16,90				Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie
	Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici							Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie/ UOC Farmacia Territoriale
B) Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali										
<i>B1 – Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento</i>	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	≤18 minuti	00:18	00:18	00:18	≤18 minuti	≤18 minuti	≤18 minuti	Direttore Sanitario	UOC Pronto Soccorso/ Direzione Medica

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
<i>e di permanenza in Pronto Soccorso</i>										Ospedali
	Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	04:04 (244 minuti)	05:24 (324 minuti)	04:04 (244 minuti)	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	Direttore Sanitario	UOC Pronto Soccorso/ Direzione Medica Ospedali
<i>B2 – Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d’attesa per gli interventi chirurgici</i>	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d’attesa Aziendale: -Classe A -Classe B -Classe C -Classe D	Rispetto Programmazione ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni							Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie/U.OO.CC. Cure ospedaliere/ Direzione Medica Ospedali
<i>B3 – Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d’attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d’attesa Aziendale -Classe Breve Attesa (B) -Classe Differita (D) -Classe Programmabile (P)	Rispetto Programmazione ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni							Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie/ Direzione Medica Ospedali
C) Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza										
<i>C1 – Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione</i>	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016)	% bb Vaccinati per ciclo base sul tot dei bb a 24 mesi di età	91,50%	95,93%	89,63%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Direttore Sanitario	UOC Serv. igiene e sanità pubblica
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia	% bb Vaccinati per MPR sul tot dei bb a 24 mesi di età	88,44%	94,91%	85,15%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%		

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
	(MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)									
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)	% vaccinati sul tot dei soggetti con >=65 anni	n.d.	n.d.	n.d.	Tutte >=75%	Tutte >=75%	Tutte >=75%		
	Adesione "corretta" per screening mammografico	soggetti aderenti sul tot degli invitati (tolti i già effettuati e gli inviti inesitati)	68,98%	80,75%	64,30%	≥80%	≥80%	≥80%	Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione; UOC Radiologia
	Adesione "corretta" per screening citologico	soggetti aderenti sul tot degli invitati (tolti i già effettuati e gli inviti inesitati)	45,37%	65,46%	54,30%	≥60%	≥60%	≥60%	Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione
	Adesione "corretta" per colon-retto	soggetti aderenti sul tot degli invitati (tolti i già effettuati e gli inviti inesitati)	39,10%	69,98%	63,65%	≥65%	≥65%	≥65%	Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione
	Rispetto della Programmazione Regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)	modello di presa in carico del soggetto con fattore di rischio (3 componenti dei 4 richiesti)	n.d.	n.d.	n.d.	SI	SI	SI	Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione
		sistemi di sorveglianza di popolazione attivati nell'anno di riferimento (PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO, HBSC)	n.d.	n.d.	n.d.	SI	SI	SI		
		programmi di promozione del movimento: almeno un programma per ciascuna fascia d'età	n.d.	n.d.	n.d.	SI	SI	SI		
		percorsi formativi regionali nell'ambito del Piano Materno Infantile	n.d.	n.d.	n.d.	SI	SI	SI		

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
<i>C2 – Rispetto dei livelli di attività programmati per l'assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa in carico sul territorio</i>	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio – entro 2 gg dalla dimissione	% di ultra 75 enni visitati a domicilio – entro 2 gg dalla dimissione	10,90%	13,89%	13,15%	≥10%	≥10%	≥10%	Direttore Serv.Sociali e F.T.	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie)	% pz 75 deceduti con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	11,02%	13,01%	15,55%	≥15%	≥15%	≥15%	Direttore Serv.Sociali e F.T.	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello	2,42	1,57	3,04				Direttore Serv.Sociali e F.T.	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Supporto alle attività di presa in carico con il care management e all'utilizzo di strumenti di case-finding per i PDTA e case-mix per la valutazione della performance nel territorio.	Rispetto richieste regionali							Direttore Sanitario / Direttore Serv.Sociali e F.T.	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
<i>C3 – Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale</i>	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dell'analisi dei tassi di consumo per branca	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici (riduzione del 20% dello scostamento dallo STD Best 11)	NO	SI	NO				Direttore Sanitario	Direzione di Presidio Ospedaliero
	Piena implementazione dei pacchetti di Day Service Ambulatoriale	Rispetto delle disposizioni regionali							Direttore Sanitario	Tutte le UOC coinvolte / Direzione di Presidio Ospedaliero
<i>C4 – Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti</i>	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici (Esiti PNE 2015 e 2016)	88%	92%	71%				Direttore Sanitario	Tutte le UOC coinvolte / Direzione di Presidio

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
(PNE)	valutazione Treemap								Ospedaliere	
<i>C5 – Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA</i>	<i>Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della Verifica degli adempimenti LEA 2016 ed agli oneri previsti dal Questionario LEA 2017</i>	Adeguate risposta alle richieste regionali							Direttore Sanitario / Direttore Serv.Sociali e F.T./ Direttore Amministrativo	Tutte le UOC coinvolte

BONUS MASSIMO

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretto 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
E) Solo per le AULSS risultanti dall'incorporazione di precedenti aziende soppresse ai sensi della L.R. 19/2016, adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali										
<i>E1 – Analisi delle differenze pre-esistenti e presentazione di un Piano per l'adozione omogenea sul territorio dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari e delle migliori pratiche nell'accesso ai servizi stessi</i>		Rispetto delle richieste regionali							Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione Servizi Sociali	Tutte le UOC coinvolte

PENALIZZAZIONE MASSIMA

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretto 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
F) Attuazione L.R. 19/2016 e Sanità Digitale										
<i>F1 – Corretta gestione dei flussi ministeriali (in termini di tempestività e qualità del dato)</i>		Rispetto delle richieste regionali							Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/	UOC Controllo di Gestione
<i>F2– Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</i>									Direzione Amministrativa	UOC Servizi informativi
<i>F3– Corretta compilazione dei Registri Regionali area Farmaceutica</i>									Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2016			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretto 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	2017	2018	2019		
<i>F4 – Definizione dei nuovi Atti aziendali, secondo le indicazioni regionali</i>									Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione Servizi Sociali	UOC Risorse Umane
<i>F5 – Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019</i>									Direzione Amministrativa	UOC Controllo di Gestione e UOC Contabilità e Bilancio
G) Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l’attività ispettiva e di vigilanza”										
<i>G1 – Soddisfazione di tutte le richieste nei tempi previsti ai sensi del comma 3 ter dell’art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010</i>	Rispetto delle richieste regionali								Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione Servizi Sociali	Tutte le UOC

3.2.3. Ulteriori obiettivi aziendali

Il Piano della performance aziendale traccia le strade operative da percorrere per raggiungere obiettivi aziendali, in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria regionale e puntare al non facile equilibrio tra ciò che è richiesto dal Sistema regionale, ciò che l'azienda vuole fare e quanto è considerato possibile ed opportuno da chi vive nei processi assistenziali.

3.2.3.1. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2017-2019

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) afferma che l'efficacia del P.T.P.C.T. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'azienda. Pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione adottati a livello aziendale. Precisa, inoltre, che è importante stabilire opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance e che tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i documenti di piano aziendali. In particolare è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009) e più in generale tra il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009).

Sia la determina A.N.AC. n. 12/2015 di aggiornamento al P.N.A. che il P.N.A. 2016, di cui alla delibera ANAC n. 831/2016, precisano che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. La citata determina precisa ancora che particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra P.T.P.C.T. e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Pertanto, l'Azienda annualmente individua specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia per quanto riguarda la performance organizzativa che la performance individuale. Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità si darà conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettua un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individua, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel P.T.P.C.T.

Tabella 21 - Adempimenti relativi alla trasparenza – Misura 01

		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".	I Responsabili indicati nel PTPCT	Come indicato nel PTPCT
B	Relazioni semestrali sugli obblighi di pubblicazione da presentare al R.P.C.T., nelle quali i Dirigenti/Referenti possono inserire eventuali ulteriori dati/informazioni/ documenti per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione.	I Responsabili indicati nel PTPCT	Con cadenza semestrale entro luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente

Tabella 22 - Informatizzazione dei processi – Misura 02

		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Con l'obiettivo di giungere alla maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi, entro il 30 ottobre tutti i Referenti sono chiamati a relazionare al R.P.C.T. con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi Servizi, per una valutazione successiva anche in termini di costi e fattibilità.	Tutti i Referenti	Relazione al R.P.C.T. entro il 30 ottobre 2017

Tabella 23 - Monitoraggio termini procedurali - Misura 03

		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Ogni Referente invia al R.P.C.T. entro i mesi di luglio e gennaio, con riferimento al semestre precedente, i seguenti dati, su modello del R.P.C.T.: - n. totale procedimenti amm.vi conclusi nel periodo considerato, con indicazione separata del numero di quello conclusi nei termini e oltre i termini; - per quelli conclusi oltre i termini, indicazione dei motivi, anche per eventuale revisione dei termini finali.	Tutti i Referenti per l'area di rispettiva competenza.	Con cadenza semestrale entro luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente.

3.2.3.2. Indagine di clima organizzativo interno all'Azienda

Nel 2017 l'Azienda ULSS 9 Scaligera partecipa, insieme alle altre Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Questa iniziativa si colloca all'interno del Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi sanitari di un Network di Regioni, un progetto i cui risultati sono consultabili, previa registrazione gratuita, al link: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>.

Il Sistema di valutazione si compone di sei dimensioni: lo stato di salute delle popolazione, la valutazione sanitaria, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione della dinamica economica finanziaria e la valutazione interna.

In quest'ultima dimensione si colloca l'indagine di clima organizzativo, che ha la finalità di conoscere l'opinione del dipendente su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

3.2.3.3. Obiettivi di Qualità

Oltre alle aree strategiche sopra riportate sono individuati ulteriori obiettivi aziendali, obiettivi di miglioramento continuo della qualità riferiti principalmente a:

- accreditamento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative;
- governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito;
- gestione del rischio clinico;
- Implementazione e aggiornamento procedure e istruzioni operative del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL);
- Attività di confronto tra i servizi amministrativi di supporto delle aziende ULSS della Provincia di Verona con l'obiettivo di individuare e proporre processi, procedure e strumenti uniformi;
- Unificazione e omogeneizzazione a livello provinciale delle infrastrutture, delle procedure per i servizi sanitari territoriali.

Autorizzazione all'esercizio

Nel 2015 l'ex ULSS 20 di Verona e l'ex ULSS 21 di Legnago, nel 2016 l'ex ULSS 22 di Bussolengo, la cui verifica si completerà il 31 marzo del corrente anno, sono state e saranno oggetto di verifica da parte di un team di valutatori dell'Azienda ULSS 5 Polesana, così come previsto dalla DGR 1145/2013, per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio. Le visite di verifica vengono effettuate presso tutte le sedi di erogazione delle prestazioni per esaminare l'aderenza ai requisiti previsti dalla L. R. 22/2002.

Le attività di preparazione alla visita sono state coordinate dai Servizi Qualità delle tre Aziende, coinvolgendo le aree sanitaria, sociosanitaria ed amministrativa.

Al termine delle visite di verifica la Regione Veneto invierà il report finale all'ULSS 9 Scaligera, nata dal nuovo assetto organizzativo in conformità a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 19 del 25.10.2016.

A quel punto, eventuali non conformità, rilevate dai valutatori esterni, saranno analizzate e approfondite allo scopo di pianificare interventi di miglioramento, favorendo e sostenendo il coinvolgimento diretto di tutti gli operatori, attraverso la condivisione di percorsi di innovazione, crescita e sviluppo.

A partire dal 2014 è stato avviato il percorso di implementazione del software regionale AREa, per l'informatizzazione del processo di autorizzazione e accreditamento di tutte le tipologie di strutture aziendali (sanitarie, sociosanitarie, sociali), con la mappatura complessiva delle unità di offerta, ossia attività, erogate dalle ex Aziende ULSS 20 – 21 – 22. Tale processo ha impegnato componenti aziendali diverse, in un percorso di recupero dei dati relativi alle tre Aziende,

in modo da garantire le informazioni necessarie sia all'applicazione della L.R.22/2002, sia all'assolvimento del debito informativo verso il Ministero della salute (MRA - Monitoraggio della Rete Assistenziale).

Accreditamento istituzionale

Come previsto dalla normativa vigente, nel 2015 è stata presentata alla Regione Veneto la domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale per le Aziende ULSS 20 - 21 e nel 2011 domanda di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale per l'Azienda ULSS 22.

Alla luce dei nuovi requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie, prescritti dall'Intesa della Conferenza Stato Regioni del 20 dicembre 2012 con il "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'AccREDITAMENTO", la Regione Veneto ha predisposto i nuovi requisiti generali, che sono in attesa di essere validati dall'Organismo Tecnico Consultivo ed infine approvati dalla Giunta Regionale.

L'obiettivo prioritario è quello di costruire un sistema di accREDITAMENTO che fornisca un livello di prestazioni qualitativamente elevato e che sia in grado di orientare lo sviluppo delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

I Servizi Qualità coordineranno le fasi di preparazione alla visita, attraverso la verifica della rispondenza ai nuovi requisiti regionali di accREDITAMENTO istituzionale da parte di tutte le strutture aziendali, con il coinvolgimento dei direttori delle Unità Operative Complesse/Servizi e dei referenti per la qualità.

Nel 2017, quindi, dovrà essere effettuata l'autovalutazione, che vedrà impegnate tutte le strutture aziendali, sia di erogazione diretta delle prestazioni, sia di carattere organizzativo-gestionale, cui seguirà poi la visita di verifica.

AccREDITAMENTO di eccellenza

Le tre ex aziende hanno in passato realizzato percorsi di accREDITAMENTO volontario non omogenei:

-adesione al programma di AccREDITAMENTO all'Eccellenza di Accreditation Canada International per il triennio 2014 – 2016 per l'ex ULSS 20

-certificazione ISO 9001: 2015 per le unità operative dell'ex ULSS 21 e certificazione ISO 9000:2008 per l'ex ULSS 22

Alla luce di tutti i percorsi implementati e allo scopo di continuare a promuovere il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la sicurezza del paziente la Direzione Generale farà una valutazione di sostenibilità dei percorsi avviati individuando alcuni ambiti dei Servizi ospedalieri e territoriali della neo Azienda ULSS 9 Scaligera.

Audit Integrati

Il sistema di audit integrati è risultato un valido strumento per migliorare la capacità di monitorare o gestire i processi a tutti i livelli aziendali, promuovendo il governo clinico integrato. L'Azienda ULSS 9 prosegue le attività di audit coordinate con il Sistema di gestione del rischio e il Sistema di gestione della sicurezza effettuate negli anni precedenti dalle aziende oggetto della fusione e che hanno visto il coinvolgimento di Unità Operative ospedaliere e territoriali.

Lo svolgimento di tali audit è finalizzato oltre che alle procedure aziendali del Sistema di gestione del rischio clinico e del Sistema di gestione della sicurezza anche alla verifica della rispondenza ai requisiti di autorizzazione all'esercizio e accREDITAMENTO istituzionale (L.R. 22/2002 e s.m.i.), e al mantenimento di standard di accREDITAMENTO volontario e/o internazionali.

Soddisfazione dell'utenza

La rilevazione della soddisfazione dell'utenza è un importante obiettivo aziendale previsto anche dalla normativa vigente, in particolare dal DPCM/1995, dall'art.8 del D.lgs. 150/2009, dalla Legge della Regione Veneto n.22/2002.

Nel corso del 2017 verranno individuati possibili piani di miglioramento sulla base delle informazioni rilevate dall'analisi delle indagini effettuate nel 2016. Verranno inoltre attivati oltre al nuovo sito aziendale diversi canali informativi e di comunicazione tramite social-network.

4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget.

4.1. Misurazione e valutazione della performance

i. i riferimenti normativi

Ai sensi dell'art.1, del D. Lgs. 150/2009 per le strutture del Servizio Sanitario è previsto l'adeguamento ai principi di cui all'art. 3 (principi su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art.5, c.2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15, c. 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità), del decreto stesso.

È inoltre previsto, all'art. 31, l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 17, c. 2 (sistema premiante senza nuovi oneri), art. 18 (selettività nei premi, esclusione automatismi), art. 23, c. 1 e 2 (selettività delle progressioni economiche), art. 24, c. 1 e 2 (concorsualità nelle progressioni di carriera), art. 25 (attribuzione di incarichi e responsabilità per favorire la crescita professionale e la responsabilizzazione), art. 26 (percorsi di alta formazione e periodi di lavoro in primarie istituzioni nazionali ed internazionali), art. 27, c. 1 (destinazione a incentivo di quota parte dei risparmi sui costi di funzionamento).

Altre norme di riferimento sono:

- D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- D.Lgs. 229/99 di riforma ter recante: Norma per la razionalizzazione del SSN;
- D.Lgs. 286/99 riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio;
- Personale Comparto: art. 47 CCNL 01/09/1995, art. 35, comma 3, CCNL 07/04/1999, art. 5 CCNL 31/07/2009;
- Personale Aree Dirigenziali: art. 25 – 32 dei CCCCNL 03/11/2005, artt. 6, 11, 12 e 13 del CCNL Area Dirigenza SPTA del 17/10/2008;
- L.R. 55/1994, "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 56/1994, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 23/2012 contenente Norma in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione piano socio-sanitario regionale 2012-2016.
- D.G.R. 2205/2012, contenente le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e la valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 150/2009 sostituita con la successiva D.G.R. n. 140/2016, di approvazione delle nuove linee guida;
- D.G.R. n. 1969 del 06/12/2016 ad oggetto "Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111" con la quale la Regione Veneto ha deliberato di "garantire" che i contratti integrativi, gli accordi e regolamenti oggetto di relazioni sindacali delle Aziende ULSS soppresse e incorporanti mantengano la loro efficacia indicativamente sino al 30 giugno e comunque non oltre il 30 settembre 2017, in attesa della stipula dei nuovi contratti integrativi e accordi aziendali.

ii. il sistema di misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

La programmazione degli obiettivi prende avvio a valle delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale.

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance, e si esplicita attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali.

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura. La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, i criteri di valutazione e la pubblicità.

Si precisa che in applicazione della DGRV 1969 del 06/12/2016 mantengono la loro efficacia gli accordi per la valutazione della performance del personale dirigente e del comparto delle aziende ULSS soppresse ed incorporanti indicativamente sino al 30/06/2017 e comunque non oltre il 30/09/2017 nelle more della stipula dei nuovi accordi aziendali.

Pertanto il Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'ULSS 9 Scaligera per l'anno 2017, in via transitoria, mantiene modalità, criteri e strumenti delle tre aziende ULSS oggetto della fusione e il personale mantiene il trattamento giuridico economico dell'azienda di assegnazione. Per tale ragione si riportano in allegato gli accordi delle tre ex aziende per la misurazione della performance individuale e l'attribuzione delle risorse destinate al trattamento economico accessorio ad essa collegata (allegato 1 per l'ex ULSS 20, allegato 2 per l'ex ULSS 21, allegato 3 per l'ex ULSS 22).

Obiettivo

L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.

La scheda contiene inoltre gli indicatori di performance e l'esatta ripartizione dei "pesi" assegnati a ciascun obiettivo, ossia dell'incidenza percentuale sulla valutazione complessiva.

Gli obiettivi assegnati dal valutatore e monitorati, anche in corso d'anno per consentire l'attivazione di eventuali meccanismi correttivi, vengono condivisi con il valutato, mediante sottoscrizione da parte di entrambi della scheda annuale.

Indicatore

L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

1. comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
2. confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
3. fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
4. affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno);
5. oggettività;
6. attribuibilità.

Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.

Infrastruttura di supporto

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

È responsabilità della U.O.C. Programmazione, Controllo e Qualità sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.

Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono:

definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;

monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale;

utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Gli strumenti di programmazione e valutazione

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

1. il Piano triennale delle Performance;
2. Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
3. Metodologia aziendale del processo di budget;
4. sistema di misurazione e valutazione individuale;
5. la Relazione annuale sulla Performance.

Pubblicità

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti:

- a) il Piano della performance – Documento delle Direttive;
- b) la Relazione sulla performance;
- c) tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti;
- d) l'analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

4.2. Metodologia aziendale applicata

Tramite il sistema di programmazione e controllo, l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento.

Il sistema si articola in quattro fasi fondamentali:

- programmazione
- formulazione del budget
- svolgimento e misurazione dell'attività
- reporting e valutazione.

Il Controllo di Gestione, sulla base dell'art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

i. Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che attraverso il Piano delle performance triennale:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori, nonché la definizione degli indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi;

- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

Il documento che emerge dalla fase di programmazione, adottato contestualmente, e che costituisce il momento di avvio del processo di budget è il Documento delle Direttive. Il documento di direttive dovrà essere inviato a tutti i direttori di Struttura al fine di darne la massima diffusione.

La legge regionale 19/2016 all'articolo 31 individua il collegio sindacale quale organo dell'azienda ULSS e dell'azienda ospedaliera, modificando l'art. 10 della L.R. 56/1994, e al comma 2 del medesimo articolo fa un rinvio alla giunta regionale per la definizione della "costituzione, composizione, competenze e criteri di funzionamento del collegio di direzione nonché i rapporti con gli altri organi aziendali". Pertanto l'azienda ULSS 9 prevede un coinvolgimento di un rappresentante, delegato, del Collegio di Direzione nel processo di programmazione e formulazione del budget.

ii. Formulazione del Budget

Metodologia

Il Documento delle Direttive viene inviato a tutti i Responsabili di Struttura come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget, che saranno formalizzati in una scheda dove saranno esplicitati gli obiettivi collegati agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale.

La contrattazione riguarderà ogni singola struttura e avverrà tra il Direttore di area, il Direttore di articolazione aziendale e il Direttore della struttura, alla presenza del Direttore di Dipartimento. Ciascun responsabile sarà coadiuvato da propri collaboratori professionali.

Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo, inviato ai dipartimenti e alle Strutture Operative. È compito del Controllo di gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Scheda di Budget

Gli accordi saranno sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che verrà sottoscritta congiuntamente dal Direttore di Area, dal Direttore di articolazione aziendale e dal Direttore di struttura.

Tutte le fasi sopra descritte prevedono l'utilizzo e la compilazione della scheda di Budget che riporta: gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive: devono essere evidenziati anche quelli collegati ad erogazione di risorse aggiuntive; azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente; il peso dei singoli obiettivi che identifica se un obiettivo è specifico del personale dirigente o del personale del comparto;

Parte integrante della scheda di Budget è la scheda delle risorse, che riporta le risorse a disposizione in termini di:

- personale presente a inizio anno (escluse lunghe assenze);
- fondo per la formazione;
- budget dei consumi di materiale sanitario ed economale;
- attrezzature sanitarie definite nel piano investimenti;
- eventuali risorse aggiuntive.

iii. Svolgimento e misurazione dell'attività

Verrà effettuata una verifica semestrale con incontro formalizzato, per analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi contenuti nelle schede di Budget con indicatori non numerici che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, saranno oggetto di specifiche richieste di relazioni sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso sarà cura dell'U.O.C. Programmazione, Controllo e Qualità organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

iv. reporting e valutazione

I report sono prevalentemente trimestrali, espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda, e sono definiti nei contenuti e nella forma in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, responsabili di Struttura, Direzione di articolazione.

A consuntivo l'U.O.C. Programmazione, Controllo e Qualità predispone le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

4.3. Timing del processo

i. Il sistema di valutazione annuale

L'anno 2017 rappresenta un anno di transizione in quanto l'Azienda ULSS 9 Scaligera deve garantire la conclusione del ciclo della performance dell'anno 2016 relativo alle cessate aziende 20, 21 e 22.

Gli OIV delle sopresse aziende rimarranno in carica per gli adempimenti relativi alla chiusura del ciclo della Performance 2016 entro e non oltre il 15/09/2017. Al contempo l'Azienda ULSS 9 deve nominare l'OIV per il ciclo della Performance riferito all'anno 2017.

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2017)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2017)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2017)	febbraio
Negoziante Budget (anno 2017)	aprile-giugno
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2017)	maggio
Predisposizione schede di valutazione (anno 2016)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2016)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2016)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2016)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno 2017)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2016)	entro il 15 settembre
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2016)	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV

5. CONCLUSIONI

Poiché il Piano della Performance triennale rappresenta un documento di particolare rilevanza aziendale, dovendo riportare e descrivere in modo completo e sistematico tutte le componenti fondamentali e le fasi della programmazione (definizione degli obiettivi, responsabilità, indicatori, monitoraggio e valutazione) è necessario per l'anno in corso provvedere alla integrazione e aggiornamento del Piano Performance 2017-2019 adottato con delibera del direttore Generale n.70 del 31/01/2017 recependo quanto disposto da parte della Regione Veneto con la DGRV 246 del 07/03/2017 relativa alla "Determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2017". Considerato che si tratta di un'integrazione del Piano della Performance 2017-2019 già adottato, in un'ottica di ottimizzazione il presente Piano delle Performance contiene sia il Documento di Direttive 2017 sia il Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa al fine di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.