

Azienda ULSS 9 Scaligera

**Piano della performance
2018-2020**

e

Direttive 2018

**Approvato con Delibera
n. 61 del 31/01/2018**

Indice degli argomenti

PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
1. INTRODUZIONE.....	4
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	5
2.1. L'AZIENDA ULSS 9 IN CIFRE.....	5
Il territorio e la popolazione	5
L'assistenza ospedaliera	9
L'assistenza specialistica.....	10
L'assistenza distrettuale	11
L'assistenza primaria	12
Il Dipartimento di Prevenzione	12
Il personale dipendente.....	14
Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento	15
2.2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	17
3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI.....	21
3.1. LE LINEE PROGRAMMATICHE	21
3.2. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE E OBIETTIVI STRATEGICI	21
3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale	21
3.2.2. Obiettivi aziendali.....	22
3.2.3. Aree di approfondimento ai fini della definizione degli obiettivi ed indicatori di budget	26
3.2.4. Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa.....	29
4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	37
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	37
<i>i. i riferimenti normativi</i>	37
<i>ii. il sistema di misurazione e valutazione della performance</i>	37
4.2. METODOLOGIA AZIENDALE APPLICATA	39
<i>i. Programmazione</i>	40
<i>ii. Formulazione del Budget</i>	41
<i>iii. Svolgimento e misurazione dell'attività</i>	41
<i>iv. reporting e valutazione</i>	42
4.3. TIMING DEL PROCESSO	43
5. CONCLUSIONI	43

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 2018-2020 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).*

Considerato in particolare la necessità di integrare al massimo i processi di programmazione, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il presente Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2018, permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.

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 viene 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.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento con un focus particolare per l'anno 2018.

Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di Unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

Al momento della adozione del Piano sono disponibili gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017 (DGR 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") che rappresentano obiettivi strategici ed operativi regionali con relativi indicatori e target di riferimento.

Tali obiettivi, in continuità con l'anno 2017, rimangono il principale 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, ed eventualmente saranno aggiornati e implementati con il recepimento della Delibera di Giunta Regionale che determinerà gli obiettivi di salute e funzionamento per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.

Con l'adozione dell'Atto Aziendale dell'ULSS 9 Scaligera verranno rivisti gli organigrammi ed i funzionigrammi ereditati dalle precedenti tre ex ULSS; questo comporta da un lato la riconduzione ad unitarietà delle strutture omologhe precedentemente presenti, ma dall'altro anche la definizione di articolazioni aziendali nuove, come ad esempio avverrà con riferimento alla direzione delle professioni sanitarie, all'organizzazione dipartimentale o nell'ambito distrettuale.

Questo nuovo assetto richiede un ripensamento ed una revisione del ciclo della performance sia in termini di performance organizzativa che individuale, venendosi a modificare gli interlocutori e le relazioni tra le differenti strutture.

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.

Il Direttore Generale, in conformità con le Linee Guida regionali (DGR 1306 del 16/8/2017), ha adottato l’Atto Aziendale della ULSS 9 Scaligera, approvato con Decreto regionale n 162 del 29 dicembre 2017, subordinatamente al recepimento delle modifiche in esso contenute.

Dopo l’adozione dell’Atto Aziendale e l’attribuzione degli incarichi temporanei necessari a garantire la continuità, l’Azienda conferirà gli incarichi dirigenziali definitivi sulla scorta delle indicazioni della Regione Veneto di cui alla DGR n. 2176 del 29/12/2017 “Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all’anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.”, ovvero dopo essersi dotata di apposito regolamento. Tale regolamento dovrà precisare i criteri di conferimento degli incarichi secondo procedure comparative che garantiscano adeguati livelli di partecipazione e che consentano l’individuazione del dirigente responsabile in aderenza alle esigenze organizzative e al profilo richiesto.

Per gli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario interessati dai processi di riorganizzazione che comportino una novazione della struttura, in relazione alle competenze attribuite, alla complessità ed alle risorse gestite, sarà data applicazione alla procedura prevista dall’art.15 comma 7bis del D.lgs. 502/92 e s.m.i.

Sul fronte della programmazione economico finanziaria, la Regione con DGR 1810 del 7/11/2017 ha individuato le risorse da assegnare, in via provvisoria, alle aziende sanitarie del SSR del Veneto per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017 e 2018, chiedendo all’ULSS 9 Scaligera un risultato economico programmato non in perdita. Per il 2017 la quota capitaria assegnata all’ULSS 9 Scaligera è stata di 1.571€ (+30€ rispetto al 2016) per un totale di 1 miliardo e 447 milioni di finanziamento.

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 31/12/2016, di 921.557 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 2016, ha registrato più di 16,5 milioni di presenze con un +9% rispetto all'anno precedente, di cui circa l'80% nell'area del Lago di Garda.

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

Grafico 1 – Piramide dell'età della popolazione al 31 dicembre 2016

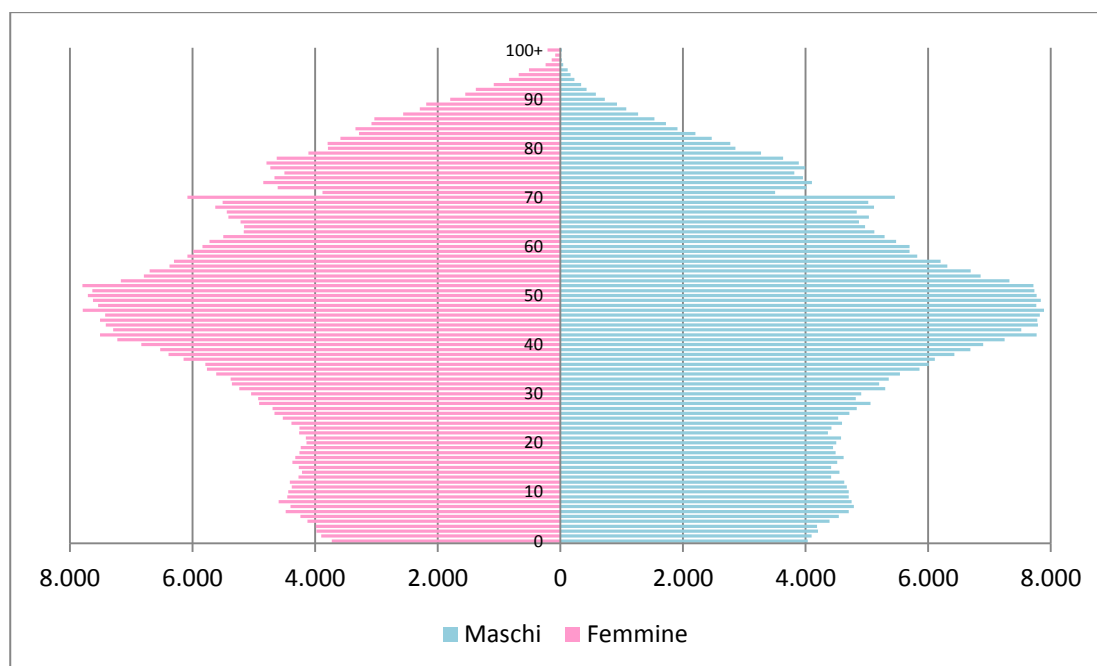


Tabella 1 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 Scaligera al 31.12.2016, suddivisa per Distretto (FONTE DATI: ISTAT)

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 SCALIGERA
Popolazione totale al 31/12/2016	482.531	154.439	284.587	921.557
N. comuni	36	25	37	98
Superficie (Kmq)	1.057	835	1.205	3.097
Densità per Kmq	456,51	184,96	236,17	297,56
Nati vivi	4.053	1.296	2.424	7.773
Deceduti	4.709	1.577	2.469	8.755
N° famiglie	210.922	60.757	116.417	388.096
Saldo naturale	-656	-281	-45	-982
Popolazione 0-14/Tot	13,91%	14,11%	14,79%	14,22%
% residenti in età >65	22,65%	21,78%	19,88%	21,65%
% residenti stranieri	-	-	-	11,38%
Indice di natalità	-	-	-	8,4
Indice di vecchiaia ^a	1,63	1,54	1,34	1,52
Indice di carico sociale ^b	57,6	56,0	53,1	55,9
Indice di dipendenza giovanile ^c	21,9	22,0	22,6	22,2
Indice di dipendenza senile ^d	35,7	34,0	30,4	33,8

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

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

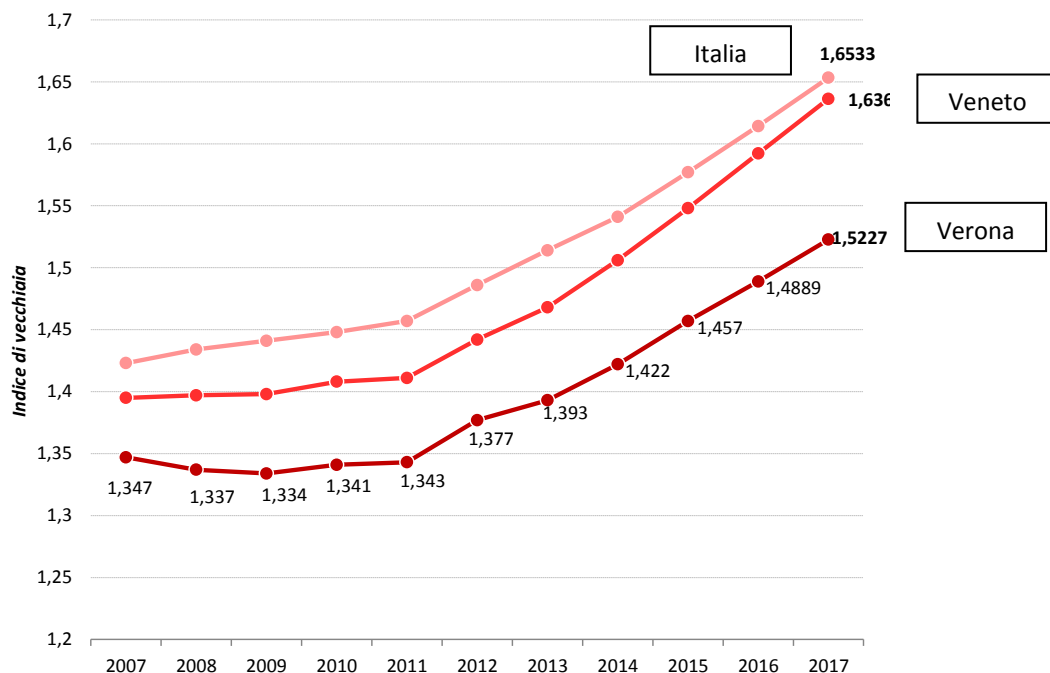
^cIndice di dipendenza giovanile = (Pop 0-14/Pop 15-64)x100

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

Nel corso del 2016 (ultimo dato consolidato) la popolazione anziana è aumentata con un valore di 152 anziani ogni 100 giovani in età compresa tra 0 e 14 anni e con un indice di carico sociale pari al 55,9%. 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 56 persone che non lavorano perché ancora in età scolastica o in pensione.

Si evidenzia che il valore dell’indice di vecchiaia è superiore rispetto l’anno precedente e incrementa di anno in anno.

Grafico 2 - Andamento indice di vecchiaia dell’ULSS nell’ultimo decennio (fonte: www.demoistat.it)*



*Rilevazione al 01/01 di ogni anno

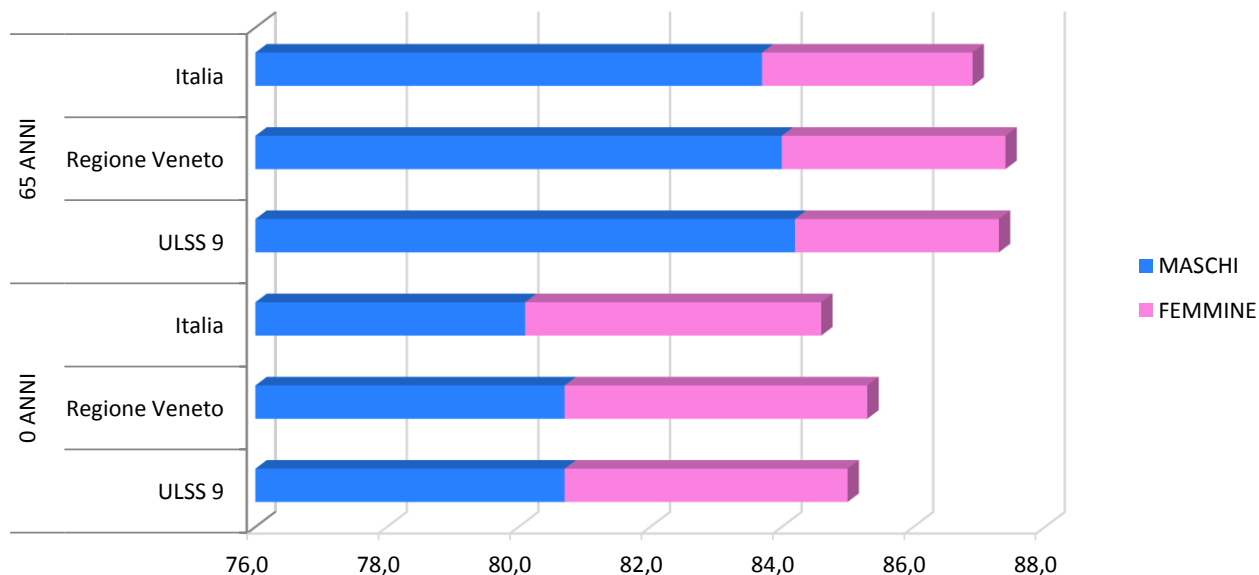
Tabella 2 - Speranza di vita alla nascita e per età selezionate, per genere - Anno 2015

Età	ULSS9		Regione Veneto		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	80,7	85,0	80,7	85,3	80,1	84,6
65	19,2	22,3	19,0	22,4	18,7	21,9

La speranza di vita, anche denominata “attesa di vita”, è un indicatore che viene calcolato solitamente alla nascita, a 15, a 65 e 75 anni. Essa rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all’età indicata; in particolare la speranza di vita alla nascita esprime il numero medio di anni vissuti da una generazione di nati. I dati sopra riportati Tabella 2 - Speranza di vita alla nascita e per età selezionate, per genere - Anno 2015, sono aggiornati all’anno 2015 e si può notare la diminuzione della speranza di vita a sfavore dei nati di oggi rispetto agli attuali 65enni e che generalmente le donne vantano una speranza di vita maggiore.

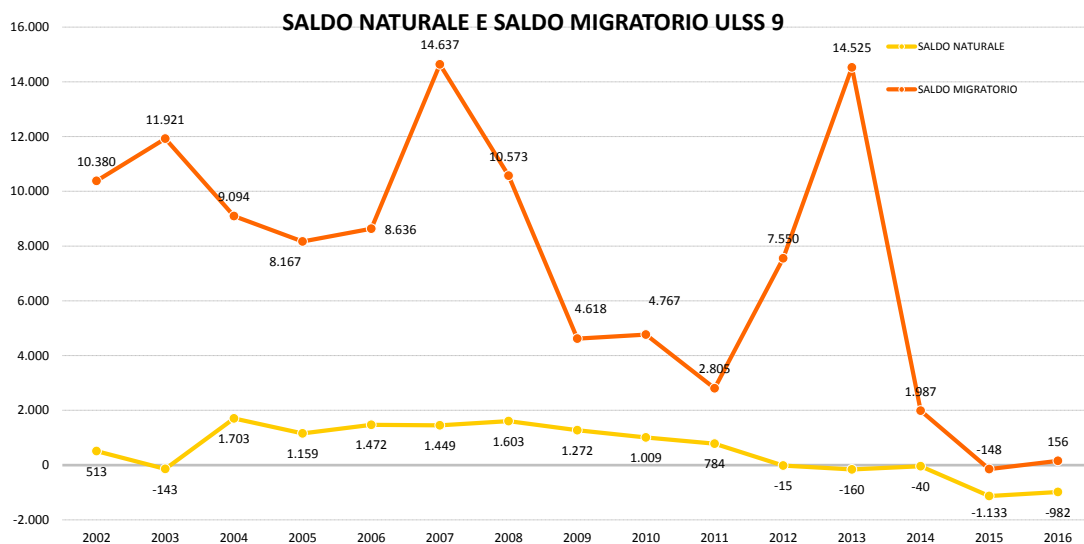
Grafico 3 – Speranza di vita alla nascita e a 65 anni – Anno 2015 (fonte: www.demoistat.it)

Speranza di vita per genere ed età - Anno 2015



Nell'anno 2016 la popolazione ha subito una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Come dimostra l'andamento illustrato nel Grafico 4, il calo della popolazione residente è dovuto principalmente al saldo naturale (differenza tra nati e morti) che risulta negativo a partire dal 2012 e non più compensato dal 2015 dalle immigrazioni di stranieri e non (iscritti da altri comuni, ecc.) .

Grafico 4 - Andamento del saldo naturale nei Comuni di appartenenza dell'ULSS 9 (fonte: www.demoistat.it)



SALDO NATURALE = nati - morti; SALDO MIGRATORIO = immigrati nei comuni considerati - emigrati verso altri comuni/Stati esteri

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 Private		Strutture Pubbliche		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
Ospedali ex ULSS 20	6.821	€ 33.092.312,00	14.682	€ 50.029.277,15	21.503	€ 83.121.589,15
Ospedali ex ULSS 21	-	-	16.251	€ 59.265.078,25	16.251	€ 59.265.078,25
Ospedali ex ULSS 22	49.829	€ 199.166.071,86	12.877	€ 36.945.015,71	62.706	€ 236.111.087,57
ULSS 9	56.650	€ 232.258.383,86	43.810	€ 146.239.371,11	100.460	€ 378.497.754,97

Tabella 5– Tasso di ospedalizzazione anno 2016

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	509. Scaligera
Tasso Std. N. Dimissioni				
Ricoveri ex ULSS	24,43	77,05	32,06	35,67
Ricoveri Istituto privato ex ULSS	4,76	.	62,12	21,72
Mobilità passiva intra regione (pubblico)	81,43	30,58	31,25	57,47
Mobilità passiva intra regione (privato)	23,68	15,24	2,65	15,66
Mobilità passiva extra regione	7,48	12,58	12,57	9,9
Totale	141,77	135,45	140,66	140,41

Tabella 6 – Accessi al Pronto soccorso anno 2016

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)		Distretto 3 (ex ULSS 21)		Distretto 4 (ex ULSS 22)		ULSS 9	
Triage in uscita	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)
Bianco	27.878	0%	27.854	0%	60.158	0%	115.890	0%
Verde	24.146	20%	31.128	4%	76.963	14%	132.237	13%
Giallo	1.242	89%	5.623	98%	4.464	78%	11.329	89%
Rosso	166	56%	300	76%	383	55%	849	63%
Non indicato	1.386	0%	1.667	0%	1.971	0%	5.024	0%
Totale	54.818	11%	66.572	11%	143.939	10%	265.329	10%
<i>di cui</i>								
Osservazione Breve Intensiva	7.430	26%	8.708	21%	13.771	16%	29.909	21%

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	2.447.252	€ 28.711.189,70	1.043.588	€ 18.714.821,25	3.490.840	€ 47.426.010,95
ex ULSS 21	1.534.919	€ 27.057.937,90	215.793	€ 936.755,15	1.750.712	€ 27.994.693,05
ex ULSS 22	1.925.895	€ 21.377.183,65	1.578.139	€ 63.855.797,10	3.504.034	€ 85.232.980,75
ULSS 9	5.908.066	€ 77.146.311,25	2.837.520	€ 83.507.373,50	8.745.586	€ 160.653.684,75

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.

Con il nuovo Atto Aziendale è stata adottata la nuova denominazione dei distretti:

- DISTRETTO VERONA CITTA' (ex Distretto1)
- DISTRETTO DELL'EST VERONESE (ex Distretto2)
- DISTRETTO DELLA PIANURA VERONESE (ex Distretto3)
- DISTRETTO DELL'OVEST VERONESE (ex Distretto4)

Tabella 8 - Assistenza domiciliare integrata erogata 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 31/12/2016

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Medici di Medicina Generale	305	102	186	593
Pediatri di Libera Scelta	56	21	39	116

FORME ASSOCIATIVE

Numero Medicine di Gruppo Integrate attivate	3	3*	0	6
--	---	----	---	---

* a feb 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 2016

		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 Bersaglio Annua	31.598	10.384	19.034
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 80%)	69,99%	81,41%	67,45%
	SCREENING CITOLOGICO	Popolazione Bersaglio Annua	42.586	14.049	27.404
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 60%)	46,5%	67,8%	56,9%
	SCREENING DEL COLON-RETTO	Popolazione Bersaglio Annua	61.502	20.617	38.010
		Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 65%)	39,35%	72,35%	65,61%

Tabella 12 - Attività del Dipartimento di Prevenzione - Anno 2016

		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)	611	202	440
		n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	91.543	67.978	47.768
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	91,5%	96%	89,5%
		Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	88,4%	95,4%	85,00%
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	n. sopralluoghi	597	656	802	
	n. campionamenti	70	137	218	
	n. pareri edilizi	555	213	575	
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN	Pareri ed Accertamenti Alimentari	4.584	1.206	2.617	
	Pareri su Acque	442	338	4*	
	Sopralluoghi/Interventi Alimentari	1.368	660	1.496	
	Sopralluoghi e Vigilanza Acqua Potabile, Privata e di Acquedotto	407	693	45**	
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti	608	237	264	
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico	814	1.578	1.324	
	Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica	166	187	71	
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole	252	83	81	
Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - SPSAL	VIGILANZA	Sopralluoghi	1.033	568	691
		Aziende oggetto di intervento	1.267	374	757
		Indagini per infortuni sul lavoro	135	56	102
		Indagini per malattie professionali	206	93	54
		Verbali redatti con contravvenzioni	310	127	94
	VALUTAZIONI E PARERI	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	9	66	27
		Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	555	474	498
	ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	351	80	158
		Ascolto sullo stress lavoro-correlato	43	0	8
	ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	41	29	33
Produzione e/o diffusione di materiali		5	9	5	

*pareri su acque: 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. **sopralluoghi e vigilanza acqua potabile privata e di acquedotto: 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 2016 tale attività, svolta negli anni precedenti, non è stata eseguita. Sono però stati eseguiti n. 45 controlli per la titolazione del disinfettante sulle acque potabili, con compilazione di verbalino specifico e registrazione su programma informatico acque.

Tabella 13 - Attività dei Servizi Veterinari - Anno 2016

	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	3.810
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	1.520	986	1.480
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	679	441	685
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	2.155	1.603	3.612
	Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	85	585	452
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	accertamenti/pareri	846	528	142
	campionamenti/prelievi	1.230	236	551
	sopralluoghi/interventi	3.630	1.431	3.010
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
PERSONALE CONVENZIONATO	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
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 2016 (Sanità) DGR 1114 del 13/7/2017

	ULSS 20	ULSS 21	ULSS 22	ULSS 9 SCALIGERA
VALORE PRODUZIONE	€ 808.723.016,00	€ 284.727.543,84	€ 636.137.616,21	€ 1.729.588.176,05
COSTI PRODUZIONE	€ 842.064.310,00	€ 290.550.424,78	€ 633.924.367,42	€ 1.766.539.102,20
RISULTATO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	-€ 33.341.294,00	-€ 5.822.880,94	€ 2.213.248,79	-€ 36.950.926,15
RISULTATO DELLA GESTIONE FINANZIARIA E STRAORDINARIA	€ 1.538.777,00	-€ 132.097,40	€ 3.361.775,08	€ 4.768.454,68
RISULTATO ECONOMICO PRIMA DELLE IMPOSTE	-€ 31.802.517,00	-€ 5.954.978,34	€ 5.575.023,87	-€ 32.182.471,47
IMPOSTE E TASSE	€ 8.070.676,00	€ 6.452.924,78	€ 5.355.985,41	€ 19.879.586,19
RISULTATO ECONOMICO	-€ 39.873.193,00	-€ 12.407.903,12	€ 219.038,46	-€ 52.062.057,66

I dati di costo rilevati nel bilancio di esercizio dell'anno 2016, 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 2016 (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	34.100	10.704	19.253	64.057
Igiene e sanità pubblica	3.330	905	1.257	5.492
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.615	798	1.088	3.501
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	2.940	1.572	996	5.508
Sanità pubblica veterinaria	6.682	3.228	6.073	15.983
Attività di prevenzione rivolte alle persone	17.625	3.895	9.480	31.000
Servizio medico legale	1.908	306	359	2.573
Assistenza distrettuale	485.612	167.120	301.603	954.335
Guardia medica	4.692	1.413	2.516	8.621
Medicina generale	49.262	16.544	29.091	94.897
Emergenza sanitaria territoriale	4.656	2.285	5.140	12.081
Assistenza farmaceutica convenzionata	131.286	38.283	77.766	247.335
Assistenza Integrativa	5.933	1.828	3.299	11.060
Assistenza specialistica	133.671	58.732	108.034	300.437
Assistenza Protesica	11.333	2.669	4.994	18.996
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	51.209	16.321	22.408	89.938
Assistenza territoriale semiresidenziale	9.348	4.437	8.584	22.369
Assistenza territoriale residenziale	83.378	24.342	39.213	146.933
Assistenza Idrotermale	844	266	558	1.668
Assistenza ospedaliera	331.576	118.221	318.256	768.053
Attività di pronto soccorso	4.686	13.572	12.311	30.569
Assistenza ospedaliera per acuti	291.734	92.350	277.672	661.756
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	10.998	2.275	492	13.765
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	19.442	6.760	23.554	49.756
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.129	1.985	1.820	4.934
Trapianto organi e tessuti	3.587	1.279	2.407	7.273
TOTALE	851.288	296.045	639.112	1.786.445

Tabella 17- Indicatore di tempestività dei pagamenti

L'indicatore è calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nelle circolari RGS n. 3 e 22 del 2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Tabella 18 - Indicatore di tempestività dei pagamenti per trimestre anno 2017

			$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times importo\ dovuto]$	/	Σ importi pagati nel periodo di riferimento
indicatore primo trimestre	-3,23	=	-543.762.488,60	/	168.206.685,38
indicatore secondo trimestre	2,91	=	551.786.547,46	/	189.572.673,29
indicatore terzo trimestre	2,43	=	503.390.891,45	/	206.869.019,65
indicatore quarto trimestre	-2,59	=	590.033.614,26	/	227.768.647,85
INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO 2017	-0,10	=	78.618.663,95	/	792.417.026,17

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.

La L.R. n. 19 del 25/10/2016 ha prorogato a tutto il 2018 o fino all'adozione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, la vigente programmazione regionale in materia sanitaria.

L'attuazione del piano avvenuta tramite l'applicazione delle schede di programmazione ospedaliere 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 biennio 2017-2018 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".

Inoltre la DGR 1306 del 16/8/2017 "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale [...]". ha definito le linee guida per la redazione del nuovo Atto Aziendale delle Aziende ULSS; la ULSS 9 Scaligera ha adottato il nuovo Atto Aziendale nel 2018 approvato dalla Regione con DDG 162 del 29/12/2017.

Pertanto la programmazione aziendale del triennio non potrà che essere strettamente e prioritariamente correlata alla attuazione delle disposizioni conseguenti alla riforma del Sistema Sanitario Regionale e all'attuazione del nuovo Atto Aziendale.

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.

Si elencano di seguito, dalle più alle meno recenti le principali disposizioni nazionali, regionali ed aziendali che delineano il quadro normativo di riferimento.

Ambito programmazione

- **DDG dell'Area Sanità e Sociale n. 162 del 29/12/2017** "Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda ULSS 9 Scaligera. DGR n.1306 del 16 agosto 2017"
- **DGR n. 2176 del 29/12/2017** "Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all'anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DDG n. 1704 del 19/12/2017** "Atto Aziendale AULSS 9 Scaligera – Determinazioni"
- **DGR 1714 del 24/10/2017** "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019. Articolo 44 della l. r. 30 dicembre 2016, n. 30 di modifica del comma 5 dell'articolo 14 della l. r. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DDG n 892 del 23/10/2017** "Adozione Atto Aziendale ULSS 9 Scaligera";
- **DGRV 1306 del 16/8/2017** "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Dgr n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)."
- **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".
- **DDG n. 1 del 02/01/2017** "Presenza 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"
- **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";

- **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”;
- **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”
- **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)
- **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”
- **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”;
- **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. 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’”;
- **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”;
- Patto per la Salute 2014-2016 tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014);
- **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”;
- Legge Regionale n. 23 del 29/6/2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario 2012-2016”;

Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.8 del 21/1/2018** “Determinazioni dei limiti di costo per beni sanitari- anno 2018- delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e delle strutture private accreditate”
- **DGRV n. 1978 del 6/12/2017** “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33).”
- **DGR 1810 del 07/11/2017** ad oggetto “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017 e 2018 – art. 41 L.R. 5/2001, e circolare regionale Prot. n. 3427 del 06/12/2017.
- **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”.

- **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.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”;
- **DGRV n. 2076 del 30/12/2015** “Finanziamenti di interventi inseriti nei piani investimenti delle Aziende Sanitarie del SSR”;
- **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”
- **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. 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. 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).
- 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. 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”);
- **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”;
- **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;

Ambito Performance e 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)”.
- **Delibera ANAC n. 12 del 28/10/2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- **Delibera ANAC n. 148 del 3/12/2014** “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”;
- **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;
- **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”;

- **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. 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”;

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 2018 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;
- 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.

Le linee programmatiche sono derivate dalla programmazione regionale e da autonome valutazione strategiche, da cui la presenza di obiettivi strategici regionali ed aziendali.

Con riferimento agli obiettivi regionali, nelle more dell'adozione della Delibera della Giunta Regionale che determina gli obiettivi per l'anno 2018 si richiama la deliberazione della Giunta Regionale n. 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"

Va tuttavia rilevata la presenza di ulteriori atti di programmazione regionale di cui tener conto, in particolare l'attivazione delle strutture di ricovero intermedie (DGR 1714/2017) e le indicazioni relative alle Cure Palliative.

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 2018. 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 in particolare la necessità di integrare al massimo i processi di programmazione, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il presente Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2018 (Capitolo 3.2), permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.

3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale

Nelle more dell'adozione da parte della Regione di una nuova DGR che identifichi gli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018, si ritengono attuali gli obiettivi, indicatori e target fissati per l'anno 2017.

Nel corso del 2017, inoltre, sono stati emanati atti di programmazione regionale (Strutture Intermedie) e correlati processi di miglioramento (Cure Palliative) che, benché ancora non inseriti esplicitamente tra gli obiettivi di salute e funzionamento per le aziende del SSR, rappresentano sicuramente ambiti da acquisire ai fini dell'identificazione della Performance.

In riferimento al coinvolgimento di Consiglio Regionale e Conferenze dei Sindaci nella valutazione dei Direttori Generali, come stabilito nella L.R. 22/2012, nella versione riformata con la L.R. 19/2016, la DGRV n. 2172 del

23/12/2016 ha disciplinato la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR a partire dall'anno 2017.

Ne consegue che agli obiettivi strategici regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere anche eventuali indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale.

In particolare con comunicazione prot. n. 342394 del 18 agosto 2017 del Direttore Generale Area sanità e sociale, è stato reso noto che la V Commissione Consigliare con riferimento all'anno 2017, intende valutare i seguenti aspetti:

- A. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale delle cure primarie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- B. Adeguamento della dotazione territoriale di strutture di ricovero intermedie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- C. Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- D. Adeguamento programmazione regionale per lo IOV
- E. Interventi tesi all'umanizzazione nel rapporto con pazienti e famigliari da parte del personale medico e sanitario
- F. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consigliare

L'azienda ritiene ambiti prioritari di programmazione quei livelli prestazionali e di attività parzialmente o non raggiunti nel 2017. 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.

L'azienda persegue infine tra i propri obiettivi l'implementazione di un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance, prevedendo una funzione di Internal Auditing che collabora e si coordina con la funzione della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza.

3.2.2. Obiettivi aziendali

3.2.2.1. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2018-2020

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.

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, disciplinata nel PTPCT, in accordo con le best practice, è prevedere l'esistenza di un programma attivo di Fraud risk management, corredato da procedure scritte a garanzia del coinvolgimento del top e del senior management nelle attività di gestione dello stesso, rivolto a consentire l'emersione delle aree e dei relativi processi/procedimenti a rischio di corruzione medio/alto, che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove, utilizzando tecniche preventive idonee a identificare potenziali schemi di frode, prevenendone gli impatti nell'Azienda. Il PTPCT andrà progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione

Nella fase dello studio dei processi in corso, l'Azienda ha ritenuto rilevante pianificare obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi, tentando di raggiungere un grado di analisi il più possibile accurato in relazione al livello formativo acquisito.

Per dare ragione di esistere al PTPCT, quale misura preventiva essenziale, sono stati quindi assunti gli obiettivi aziendali:

Tabella 19 - Applicazione del PTPCT

Applicazione del PTPCT		COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
A	Per ogni processo, definizione della procedura, descrittiva dell'organizzazione e compliance con la normativa Definizione dell'approvazione, aggiornamento delle procedura e della diffusione affinché il lavoro svolto dalla Unità Operativa rifletta quanto in esse contenuto	I Responsabili individuati per processi	Consegna elaborato

Tabella 20 - Adempimenti relativi alla trasparenza – Misura 01

		COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
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 21 - Monitoraggio termini procedurali - Misura 03

		COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
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.

3.2.2.2. Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

Il decreto interministeriale Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, 1° marzo 2013, prevedeva che i Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'art. 3 del Decreto 17 settembre 2012 in materia di certificabilità.

La Regione Veneto ha ritenuto di cogliere in questo percorso un'occasione di miglioramento non solo nella trasparenza ed affidabilità contabile ma anche nei processi organizzativi connessi.

A seguito della riforma del SSR in atto (L.R. 19/2016) e della piena entrata in attività di Azienda Zero, la Regione ha rivisto il proprio Percorso Attuativo della Certificabilità (Decreto n. 71 del 15 giugno 2017).

Con Decreto del Commissario di Azienda Zero n. 135 del 30 giugno 2017, è stato approvato il "Manuale di standard organizzativi, contabili e procedurali" ed è stata richiesta nel 2017 ad ogni azienda una ricognizione delle proprie procedure e degli obiettivi contenuti nel PAC; in tale occasione è stato definito e rispettato uno specifico cronoprogramma per lo svolgimento delle attività con il supporto della funzione di controllo interno.

L'azienda ha previsto nell'Atto aziendale una Unità Operativa Complessa di Internal Auditing che svolgerà la funzione in collaborazione e coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale (RPCT) e supporterà metodologicamente le Unità Operative coinvolte nel percorso attuativo della certificabilità.

3.2.2.3. Clima organizzativo interno all'Azienda

Nel 2017 l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha partecipato, 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 e l'indagine, avendo cadenza biennale, sarà effettuata nuovamente nel 2019. Questa iniziativa si è collocata all'interno del Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi sanitari del Network di Regioni aderenti.

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.

3.2.2.4. Obiettivi di Qualità

Sono individuati quali obiettivi di miglioramento continuo della qualità:

Autorizzazione all'esercizio

Dal 2015 al 2017 le ex ULSS 20, 21 e 22 sono state 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.

Nel 2018 l'ULSS 9 Scaligera dovrà porre in essere azioni correttive in risposta alle prescrizioni presenti nel report finale correlate alle non conformità rilevate dai valutatori esterni. In particolare saranno analizzate e approfondite tutte le prescrizioni allo scopo di pianificare azioni di miglioramento, favorendo e sostenendo il coinvolgimento diretto di tutti gli operatori, attraverso la condivisione di percorsi di innovazione, crescita e sviluppo.

Nel 2018 prosegue l'aggiornamento del software regionale AREA, della mappatura complessiva delle unità di offerta, dell'ULSS 9 Scaligera. Tale processo impegna componenti aziendali diverse, 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 era stata presentata alla Regione Veneto la domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale per le ex Aziende ULSS 20 - 21 e nel 2011 domanda di rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale per l'ex Azienda ULSS 22.

Nel frattempo con DGR 2266 del 30.12.2016 la Giunta Regionale ha recepito e applicato il Disciplinare Tecnico (allegato A) dell'Intesa Stato - Regioni n. 32/CSR del 19.02.2015, adottando i "Requisiti minimi generali per

l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie", in parziale sostituzione della DGR 2501/2004.

Nel 2018, è prevista l'autovalutazione dei requisiti, che vede impegnate tutte le strutture aziendali, sia quelle coinvolte nell'erogazione diretta delle prestazioni, sia quelle a valenza organizzativo-gestionale, cui seguirà poi la visita di verifica.

Pertanto il Servizio Qualità ha coordinato e coordinerà, in collaborazione con Azienda Zero, la formazione dei valutatori iscritti negli elenchi regionali e 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 della qualità.

Certificazioni di Qualità

Nell'Azienda ULSS 9 Scaligera ci sono diverse esperienze di accreditamento volontario ereditate dalle tre ex Aziende . In particolare:

- adesione al programma di Accreditamento all'Eccellenza di Accreditation Canada International per il triennio 2014 – 2016, con prolungamento del contratto per tutto l'anno 2017, 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.

Mentre nel 2017 sono state promosse e supportate due iniziative di certificazione volontaria che hanno coinvolto l'intera azienda: Baby Friendly Hospital – BHF e Progetto Bollini Rosa con l'adesione alle iniziative promosse dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna O.N.Da.

Risk Management

Il Risk management rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto dalla Azienda Ulss 9 per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e la sicurezza del paziente.

L'attività di Risk Management ha l'obiettivo di ottimizzare l'analisi e la gestione dei rischi e promuovere negli operatori la cultura del rischio e delle tecniche per governarlo.

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) (ex Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente – DGR 1831/2008) svolgerà un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso, in particolare:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collaborazione alla formazione degli operatori in materia;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

3.2.3. Aree di approfondimento ai fini della definizione degli obiettivi ed indicatori di budget

In un contesto che vede l'azienda prioritariamente impegnata per il 2018 nel dare attuazione al nuovo atto aziendale che prevede la revisione della dotazione delle strutture (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali e Semplici) nell'area dei servizi amministrativi, del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale, si riportano di seguito alcuni punti che meritano un approfondimento ai fini della definizione del Budget.

3.2.3.1. Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate .

Nel 2017 sono 6 le Medicine di Gruppo Integrate già attivate e 5 quelle autorizzate dalla CRITE per l'azienda ULSS 9. Pertanto nel biennio 2018-2019 dovranno essere attivate 4 Medicine di Gruppo Integrate nel distretto 4 di Bussolengo-Villafranca e 1 Medicina di Gruppo Integrate nel Distretto 3 di Legnago. Proseguirà, inoltre, l'attività per l'implementazione di tavoli di monitoraggio e l'adozione di contratti di esercizio omogenei su tutto il territorio aziendale.

Inoltre la Regione ha richiesto alle aziende di effettuare con costanza l'aggiornamento dei dati contenuti in Anagrafe Unica Regionale - AUR, i monitorare l'effettiva accessibilità agli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta in caso di urgenza (quindi non unicamente su appuntamento) ed il rispetto degli orari ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale e Accordo Integrativo Regionale vigenti.

3.2.3.1. Cure Palliative e flusso ADI

La Regione ha indicato la necessità di migliorare la copertura e l'intensità delle cure palliative offerte in particolar modo ai malati oncologici, segnalando che almeno in parte l'applicazione di regole omogenee e più chiare nella rilevazione dell'attività di assistenza domiciliare tramite il flusso ADI possa far emergere in maniera più corretta il servizio effettivamente offerto.

Per questo il flusso ADI dovrà essere costantemente presidiato sia dal punto di vista informatico che gestionale al fine di migliorare la performance aziendale in questo settore.

L'azienda dovrà garantire attraverso la UOC Cure Palliative la programmazione del percorso assistenziale dei malati candidati a palliazione, garantendo attraverso i Nuclei di Cure Palliative la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, assicurando peraltro il coordinamento sanitario degli Hospice in maniera sempre più omogenea su tutto il territorio aziendale.

3.2.3.2. Adeguamento della residenzialità extra-ospedaliera

In merito all'attuazione del Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedie previsto per il biennio 2018-2019 dalla DGRV 1714 del 24/10/2017, l'azienda ULSS 9 nel 2018 deve attivare complessivamente 93 posti letto di Ospedale di Comunità a gestione diretta che impattano sia in termini di investimenti strutturali (adeguamento dell'Ospedale di Bovolone) sia per i costi di gestione previsti. Oltre a questi sono previsti 34 posti letto a gestione "Non ULSS" collocati nella C.C. Pederzoli: 24 posti letto di Ospedale di Comunità e 10 posti letto di Hospice .

Sono previste ulteriori 31 attivazioni per l'anno 2019: 7 gestione diretta e 24 gestione non ULSS.

3.2.3.3. Miglioramento dei tassi di copertura vaccinali e dei tassi di adesione agli screening oncologici

Nel triennio 2018-2020 il Dipartimento di Prevenzione è 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. Il Dipartimento di Prevenzione dell'azienda ULSS 9 Scaligera nel 2018 dovrà 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 per migliorare e mantenere i tassi di adesione alle vaccinazioni, i tassi di adesione agli screening oncologici e il consolidamento dei progetti in corso per la promozione della salute.

3.2.3.4. Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare

Proseguiranno anche nel 2018 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. L'Azienda ULSS 9 Scaligera dovrà proseguire e potenziare le attività tese a garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalle DGRV n. 2133 del 23/12/2016 e DGRV 851 del 13/06/2017. In particolare, in applicazione di quest'ultima, l'azienda dovrà garantire in autonomia accertamenti e eventuali interventi di secondo livello del protocollo di screening della popolazione esposta a Pfas con impiego di personale dedicato (3 assistenti sanitarie, un infermiere professionale e un dirigente medico a tempo parziale) e con conseguente aumento dei consumi dei dispositivi medici in vitro.

3.2.3.5. Attivazione Ospedale di Villafranca

Il cronoprogramma per il trasferimento delle attività sanitarie dall'Ospedale di Bussolengo nel nuovo corpo di fabbrica dell'Ospedale Magalini di Villafranca così come previsto dalla programmazione sanitaria regionale (DGR 2122 del 19 novembre 2013) è condizionato dalla necessità di garantire le attività senza incrementare la dotazione di personale. Pertanto sono oggetto di pianificazione soprattutto le attività collegate al trasferimento di quelle unità operative/servizi che a parità di personale non compromettano i servizi essenziali anche con il supporto di altre strutture ospedaliere provinciali e extra provinciali.

3.2.3.6. Qualità dell'assistenza ospedaliera

L'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali ha già permesso e permetterà sempre più in futuro di implementare percorsi diagnostico terapeutici finalizzati alla completa presa in carico del paziente evitando così, nel rispetto delle reti hub e spoke, il ricorso a strutture ospedaliere extra aziendali o a convenzioni passive (Cardiologia Interventistica e radioterapia per es).

Sarà inoltre possibile garantire standard minimi di volumi ed esiti come azienda Ulss 9 e standard relativi ai tempi di attesa. Questo miglioramento degli standard di qualità nell'ambito dell'assistenza ospedaliera dovrebbe tradursi in una riduzione della mobilità passiva per le specialità presenti e giustificare l'incremento dei costi per farmaci e presidi. Infatti a fronte di un aumento del numero di pazienti trattati l'area oncologica ha registrato già nel 2017 e conferma nel 2018 un incremento dei farmaci oncologici e onco ematologici in parte dovuto ai farmaci innovativi ad alto costo finanziati, probabilmente solo in parte, come fondo sanitario regionale vincolato.

3.2.3.1. Tempi di permanenza in Pronto Soccorso

Lo standard regionale di permanenza in PS è di 4 ore (240 minuti come da DGR 1513/2014) per almeno il 90% degli accessi (90° percentile < 240 minuti). La situazione nei differenti pronto soccorso della ULSS 9 Scaligera è disomogenea, ma nella maggior parte dei casi evidenzia tempistiche più alte.

Anche in questo caso va data continuità alle misure già adottate per la riduzione dei tempi d'attesa, proseguendo nel percorso di miglioramento che ha già portato la media aziendale ad avvicinarsi al rispetto dello standard.

3.2.3.2. Liste di attesa

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. Anche per il 2017 la DGRV 246/2017 ha 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 L.R. 30/2017 di Stabilità regionale” 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;
- 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.

3.2.3.1. Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L’azienda registra nelle proprie stime per il 2017 il superamento di alcuni limiti di costo fissati per l’acquisto (diretto o in convenzione) di beni sanitari tra cui farmaceutica convenzionata, farmaci ad acquisto diretto, assistenza integrativa e assistenza protesica. Rispetto a questa criticità dovranno essere adottate ulteriori misure organizzative e gestionali tese a razionalizzare i consumi, in particolare migliorare gli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata pro-capite e sulla spesa farmaceutica ospedaliera ancora incoerenti con gli standard regionali.

La continuità di azione è fondamentale nella ricerca del rispetto dei vincoli regionali, definiti per l’anno 2018, emanati con DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.8 del 21/1/2018 “Determinazioni dei limiti di costo per beni sanitari- anno 2018- delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e delle strutture private accreditate”.

3.2.3.1. Flussi Informativi

Il numero e la complessità dei flussi informativi che l’azienda produce ed invia in ragione del debito informativo previsto dalla normativa è in continua crescita.

Gli standard di qualità e tempestività minimi richiesti si stanno via via irrigidendo, e richiedono puntuali interventi (ad esempio la recente richiesta di riconciliazione dei flussi relativi ai farmaci con le evidenze raccolte dal ministero presso i Produttori). Su questo è chiara sia la politica regionale che nazionale.

La situazione risulta particolarmente delicata in quanto in attesa che la riorganizzazione regionale produca i suoi effetti di centralizzazione e vi sia la piena disponibilità dei servizi di Azienda Zero in ambito informatico, non è al momento possibile impiegare risorse adeguata agli investimenti necessari all’integrazione dei sistemi informativi delle precedenti exULSS oggi fuse nella Scaligera.

Questa situazione richiede quindi di dare risposte organizzative laddove le procedure informatiche non permettono automaticamente ed efficientemente la produzione dei flussi richiesti.

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

Si riporta un prospetto di sintesi degli obiettivi, indicatori e target per la misurazione della performance. Laddove disponibile si riporta performance stimata nel 2017 e se rilevante ai fini della definizione delle successive fasi di programmazione annuale e del ciclo di budget, anche l'analisi per distretto.

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
A) Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa											
A1 – <i>Equilibrio Economico-Finanziario</i>	Rispetto del Risultato Economico Programmato	Rispetto risultato programmato 2017	n.a.			- 53 mln (IV CECT)	Equilibrio (BEP – 71 mln)			Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/ Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Contabilità e Bilancio
	Variatione Annuale del Costo della Produzione (+Imposte e Tasse)	Variatione costo produzione <=0	n.a.				<=0	<=0	<=0		
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Indicatore di tempestività dei pagamenti <=0	-3,27	0,40	2,22	-0,10	<=0	<=0	<=0		
	Adempimenti flusso di contabilità analitica regionale	Rispetto scadenze e qualità di trasmissione dei dati	n.a.				SI	SI	SI	Direttore Amministrativo	UOC Controllo di Gestione
A2 – <i>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	n.a.			€268.387.860	€269.329.000			Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Gestione Risorse Umane
A3 – <i>Rispetto della programmazione regionali sui costi dei Beni Sanitari</i>	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti Diretti (al netto dell'Epatite C** e dei farmaci oncologici innovativi***)	Rispetto dei tetti assegnati	n.a.			€61.806.530 (di cui € 773.167 di farmaci innovativi)	€39.909.410*			Direzione sanitaria	UOC Farmacia Ospedaliera
	* al netto della DPC accentrata dal 1/1/2018 nella ULSS 3 Serenissima per 20,4mln ** Farmaci Innovativi 2.340.000 (di cui 337.500 per Sacro Cuore Negrar) *** Oncologici innovativi 1.140.732 (di cui Sacro cuore 144.000 e CC Pederzoli 336.000)										
	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H Canale A		n.a.			I semestre 120,8 classe A 40,5 classe H 50,8 canale A 29,5	102€			Direzione sanitaria	UOC Farmacia Ospedaliera

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI	
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020			
	Registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali		n.a.					SI			Direzione sanitaria	
	-Rispetto del tetto di costo: DM		n.a.				€27.299.740	€26.808.912			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Provveditorato/UOC Farmacia Osp./UOC CdG
	-Rispetto del tetto di costo: IVD		n.a.				€7.847.404	€7.704.005			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Provveditorato/UOC Farmacia Osp./UOC CdG
	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica convenzionata	Rispetto dei tetti assegnati	Soglia 54,8mln Precon €55,0mln	Soglia 17,1mln Precon €17,0mln	Soglia 31,2mln Precon €31,6mln	€102.813.026 (110€ procapite)	€97.235.729 (108€ procapite)			Direttore Sanitario	UOC Farmacia Territoriale, UOC Cure Primarie, Distretto	
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa		Soglia 5,9mln Precon €5,86mln	Soglia 1,4mln Precon €1,60mln	Soglia 3,1mln Precon €3,06mln	€9.983.488	16€ procapite (nel 2017 €9.716.436)			Direttore Sanitario	UOC Farmacia Territoriale	
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza protesica Protesica maggiore	Procapite	11,25	12,53	10,43	11,21	9,5 (nel 2017 9,8)			Direttore Sanitario/ Direttore dei Servizi Socio Sanitari	UOC Cure Primarie, Distretto	
	Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	n.a.				Non rispettati tutti gli standard	Miglioramento			Direttore Sanitario	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	n.a.				00:17	≤18 minuti	≤18 minuti	≤18 minuti	Direttore Sanitario	UOC Pronto Soccorso/ Direzione Medica

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
<i>e di permanenza in Pronto Soccorso</i>											Ospedialiera
	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)	258 (nov)	322 (nov)	235 (nov)	276 (M10*)	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)			Direttore Sanitario	UOC Pronto Soccorso/ Direzione Medica Ospedialiera
<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					Rispetto degli standard ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni			Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie/U.OO.CC. ospedialiere/ Direzione Medica Ospedialiera
<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					Rispetto degli standard ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni			Direttore Sanitario	UOC Cure Primarie/ Direzione Medica Ospedialiera
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	90,89%	92%	88%	Gen-Ott 90,58%	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 (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)	% bb Vaccinati per MPR sul tot dei bb a 24 mesi di età	88,49%	90,9%	84,64%	Gen-Ott 88,40%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%		

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
	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.	n.d.	≥75%	≥75%	≥75%		
	Adesione "corretta" per screening mammografico	soggetti aderenti sul tot degli invitati (tolti i già effettuati e gli inviti inesitati)	72,9%	78,6%	66,2%	Gen-Set 71,8%	≥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)	47,7%	58,1%	47,9%	Gen-Set 49,2%	≥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)	49,6%	71,9%	58,2%	Gen-Set 55,5%	≥65%	≥65%	≥65%	Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione
	Rispetto della Programmazione Regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)	Rispetto richieste regionali					SI			Direttore Sanitario	Dipartimento di Prevenzione
<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	9,35%	12,31%	12,46%	10,72%	≥10%	≥10%	≥10%	Direttore dei Servizi Socio Sanitari	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	13,94%	15,58%	20,14%	16,05%	≥15%	≥15%	≥15%	Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello	2,71	1,64	3,16	2,67	Standard nazionale (per il 2017 >1,64)	Standard nazionale	Standard nazionale	Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
	Adempimenti LEA per le Cure Domiciliari e Palliative	Percentuale di deceduti per tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul totale deceduti per tumore	43,1%	15,4%	20,6%	31,7%	Standard Nazionale 35%			Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
		Aumento di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore in rapporto ai deceduti per tumore	4,2	1,6	6,5	4,4	Aumento			Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
		Aumento di giornate di cure palliative erogate a domicilio DEL PALLIATIVISTA per malati a causa di tumore in rapporto ai deceduti per tumore	0,1	0	1		Aumento			Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Strutture di ricovero Intermedie Implementazione DGR 1714/2017	Attivazione dei Posti Letto secondo disposizioni regionali	n.a.				SI	SI		Direttore dei Servizi Socio Sanitari	COT/UOC Distretto/UOC Cure Primarie
	Utilizzo di strumenti di case-finding per i PDTA e case-mix per la valutazione della performance nel territorio.	Rispetto richieste regionali	n.a.				SI	SI		Direttore dei Servizi Socio Sanitari	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	n.a.				SI	SI	SI	Direttore Sanitario
Piena implementazione dei pacchetti di Day Service Ambulatoriale		Rispetto delle disposizioni regionali	n.a.							Direttore Sanitario	Tutte le UOC coinvolte / Direzione di Presidio

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSABILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
											Ospedaliere
<i>C4 – Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)</i>	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione Treemap	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici (Esiti PNE 2016 e 2017)	79% indicatori soddisfacenti o in miglioramento	79% indicatori soddisfacenti o in miglioramento	80% indicatori soddisfacenti o in miglioramento	79% indicatori soddisfacenti o in miglioramento	Miglioramento o criticità			Direttore Sanitario	Tutte le UOC coinvolte / Direzione di Presidio 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		n.a.						Direttore Sanitario / Direttore dei Servizi Socio Sanitari/ Direttore Amministrativo	Tutte le UOC coinvolte
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 e		n.a.		SI	SI			Direttore Sanitario / Direttore dei Servizi Socio Sanitari/ Direttore Amministrativo	Tutte le UOC coinvolte
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 e		n.a.		SI	SI			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/	UOC Controllo di Gestione
<i>F2– Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</i>				n.a.		SI	SI			Direzione Amministrativa	UOC Servizi informativi
<i>F3– Corretta compilazione dei Registri Regionali area Farmaceutica</i>				n.a.		SI	SI			Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliere
<i>F4 – Definizione dei nuovi Atti aziendali, secondo le indicazioni regionali</i>				n.a.		SI	Atti conseguenti			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione e dei Servizi Socio Sanitari	UOC Risorse Umane
<i>F5 – Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019</i>				n.a.		SI	Atti conseguenti			Direzione Amministrativa	UOC Controllo di

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI	
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020			
											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 e		n.a.		n.d.	SI				Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione e dei Servizi Socio Sanitari	Tutte le UOC
(Aziendale) Prevenzione della Corruzione e Trasparenza												
<i>Sviluppo del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza</i>	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (L.190/2012) secondo le tempistiche definite dal PTPC	Attuazione delle attività Percorso Prevenzione della Corruzione		n.a.		SI	SI	SI	SI		Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Ufficio Trasp e Anticorruzione Tutte le UOC
	Attuare le attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità	Attuazione delle attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità		n.a.		SI	SI	SI	SI		Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Ufficio Trasp e Anticorruzione Tutte le UOC
(Aziendale) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR												
Percorso Attuativo di Certificabilità di Bilancio secondo DGR n.183 del 01/07/2015	Piano attuativo di certificabilità – requisiti comuni (allegato A DGR n. 183/2015)	Attuazione del piano secondo cronoprogramma regionale		n.a.		SI	SI	SI	SI		.Direttore Amministrativo	UOC Contabilità e Bilancio
(Aziendale) Clima organizzativo interno												
<i>Indagine di clima organizzativo interno</i>	Ripetizione dell'indagine con cadenza biennale			Effettuata		Effettuata	n.a.	da effettuare			Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione Servizi	SPP/ Direzione Professioni Sanitarie
(Aziendale) Obiettivi di Qualità												
Autorizzazione e	Mantenimento	Autorizzazione/		n.a.			SI	SI	SI		Direzione	Tutte le

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	2017 (stimato)				TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	RESPONSA BILI COINVOLTI
			Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 Scaligera	2018	2019	2020		
<i>Accreditamento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative</i>	dell'autorizzazione/accredita-mento istituzionale aziendale	accredita-mento aziendale istituzionale							sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	strutture/ UU.OO accreditate	
	Formazione valutatori nuovi requisiti recepiti con DGR 2266 del 30.12.2016			n.a.					Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UU.OO già accreditate	
<i>Implementazione e aggiornamento procedure e istruzioni operative del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL)</i>	Coordinamento e integrazione con il Sistema di Gestione rischio clinico	Audit SGSL interni		n.a.			SI	SI	SI	Direttore Sanitario	SPP/DMO/ UOS Risk Management
	Mantenimento dei requisiti per riduzione premio INAIL	Autovalutazioni delle UO, audit interni, audit esterno		n.a.			SI	SI	SI	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Servizio Prevenzione e Protezione
<i>Governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito</i>	Implementazione e monitoraggio di un panel di indicatori	indicatori Piano Nazionale Esiti		n.a.			SI	SI	SI	Direttore Sanitario	UOC coinvolte/ UOC CdG
<i>Aspetti organizzativi e relazionali nei rapporti con gli utenti</i>	Monitoraggio e riduzione delle segnalazioni URP relative a problematiche/ aspetti relazionali	Numero di segnalazioni URP per problematiche relazionali con gli utenti per Unità Operativa/ Servizio		n.a.			< anno precedente	< anno precedente	< anno precedente	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	URP, reparti e servizi
(Aziendale) Risk Management											
<i>Gestione del rischio clinico</i>	Audit eventi avversi e Near-miss segnalati (escluso cadute)	% di audit sul totale delle segnalazioni		n.a.			80%	80%		Direttore Sanitario	Direzione medica ospedaliera

4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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.

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. Controllo di Gestione 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

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. La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, lo scopo prioritario della misurazione e valutazione della performance individuale deve essere tesa a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

Il Nuovo atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti di tali articolazioni aziendali che sono quindi chiamati a concorrere direttamente alla realizzazione del budget della struttura fondamentale.

L' "attività di budgeting", attraverso un percorso di negoziazione, comporta l'individuazione degli obiettivi per le diverse articolazioni aziendali (struttura/dipartimento/unità operativa), che rappresentano la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto, al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati e dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati.

A questi fini il processo di budget, prevede una specifica fase successiva di controllo.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa riguarda:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze - professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- gli ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale.
- La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla verifica positiva dei processi di misurazione, valutazione e premialità da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

In merito alla Valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale (performance individuale), essa costituisce un elemento strategico della gestione delle risorse umane in quanto:

- stimola l'adeguamento dei comportamenti organizzativi agli indirizzi definiti;
- favorisce il formarsi di logiche di team promuovendo l'integrazione fra le diverse aree;
- sensibilizza gli individui al perseguimento degli obiettivi definiti ed ai risultati attesi;
- orienta al perseguimento di maggiore efficienza;
- consente, attraverso un costruttivo confronto fra valutatore e valutato, un'approfondita analisi - del contenuto e delle modalità della prestazione stimolando una diversa motivazione al lavoro;
- fornisce significativi elementi per le decisioni inerenti agli sviluppi professionali anche in termini di conferma dell'incarico conferito ed allo svolgimento di un coerente sistema "premiante".

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto.

Al momento di stesura del presente Piano, risulta sottoscritto l'accordo per l'Area del Comparto, mentre è ancora in fase di trattativa sindacale l'accordo con le due aree dirigenziali che si prevede di concludere entro il primo trimestre 2018.

Si riporta nel presente documento il processo come descritto nell'Atto Aziendale e incluso nel testo degli accordi contrattuali decentrati di cui già approvato quello relativo al Comparto.

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione verrà definita all'interno dei contratti collettivi integrativi aziendali di ciascuna Area dirigenziale.

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

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.

ii. Formulazione del Budget

Metodologia

Il processo di valutazione della performance prevede che la Direzione Aziendale, sulla base degli obiettivi ed essa assegnati dagli organismi regionali e a quelli indicati nella pianificazione, proceda alla definizione e assegnazione degli obiettivi alle strutture titolari di budget.

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 economico;
- attrezzature sanitarie definite nel piano investimenti;
- eventuali risorse aggiuntive.

I responsabili delle strutture con assegnazione di budget, coadiuvati dai dirigenti delle strutture ad esse afferenti si impegnano a:

- comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- formalizzare gli obiettivi attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione siano debitamente sottoscritte dai valutati.

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. Controllo di Gestione 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.

Alla fine del primo semestre il valutatore effettua un controllo delle attività per verificare l'andamento della performance attraverso il monitoraggio dei risultati raggiunti, finalizzato ad apportare eventuali correzioni per il raggiungimento degli obiettivi di gruppo e individuali.

iv. reporting e valutazione

I report 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. Controllo di Gestione predisponde 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.

La valutazione individuale finale, effettuata, entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procederà alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

La valutazione si chiude con l'accettazione o la presa visione della scheda di valutazione da parte del valutato.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'OIV.

L'OIV deve essere informato riguardo le eventuali contestazioni pervenute da parte del personale relativamente alla valutazione individuale effettuata.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione. “

Ai sensi dell'art. 31 del D.lgs. n. 150/2009, l'Azienda attribuisce una quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale, al personale dipendente e dirigente che si colloca nella fascia di merito alta, stabilendo che le fasce di merito siano non inferiori a tre. Ad ogni elemento di valutazione è assegnato un giudizio che corrisponde ad uno specifico punteggio.

Si riporta di seguito quanto già definito con riferimento all'area del Comparto.

Area personale del Comparto

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item previsti.

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	Non del tutto positivo	Sufficiente	Buono	Eccellente
	5	6	8	10

La valutazione per il personale del Comparto assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate al risultato della valutazione.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

Punteggio	Quota erogata
< a 35	0,00%
Da 36 a 40	60,00%
Da 41 a 45	80,00%
Da 46 a 70	100,00%

Il presente documento sarà successivamente completato a seguito della sottoscrizione di tutti gli accordi della dirigenza.

4.3. Timing del processo

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2018)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2018)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2018)	febbraio
Negoziazione Budget (anno 2018)	aprile-maggio
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2018)	maggio
Predisposizione schede di valutazione (anno 2017)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2017)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2017)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2017)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno 2018)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2017)	entro il 15 settembre
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2017)	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV

5. CONCLUSIONI

Si sono presentati in questo documento:

- Il quadro di riferimento, ovvero il contesto, le dimensioni aziendali e la normativa di riferimento, sottolineando la fase di ridefinizione dell'organizzazione aziendale, delle responsabilità e degli strumenti aziendali e accordi contrattuali decentrati;
- Le linee programmatiche come derivate dalla programmazione regionale e dalle strategie aziendali in considerazione di una programmazione pluriennale costantemente aggiornata;
- Il Documento delle Direttive che focalizza i principali obiettivi strategici per l'anno 2018 partendo dalle aree di miglioramento rispetto ai risultati 2017
- Gli obiettivi, gli indicatori ed i target per descrivere e misurare la performance aziendale
- Il processo impiegato nell'ULSS 9 per la gestione della Performance

Il Piano sarà soggetto ad aggiornamento nel momento in cui saranno disponibili: la DGR di assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018 da parte della Regione Veneto, gli accordi integrativi relativi alla valutazione ed all'assegnazione delle premialità per la dirigenza, e gli incarichi dirigenziali conferiti sulla scorta delle disposizioni regionali vigenti.