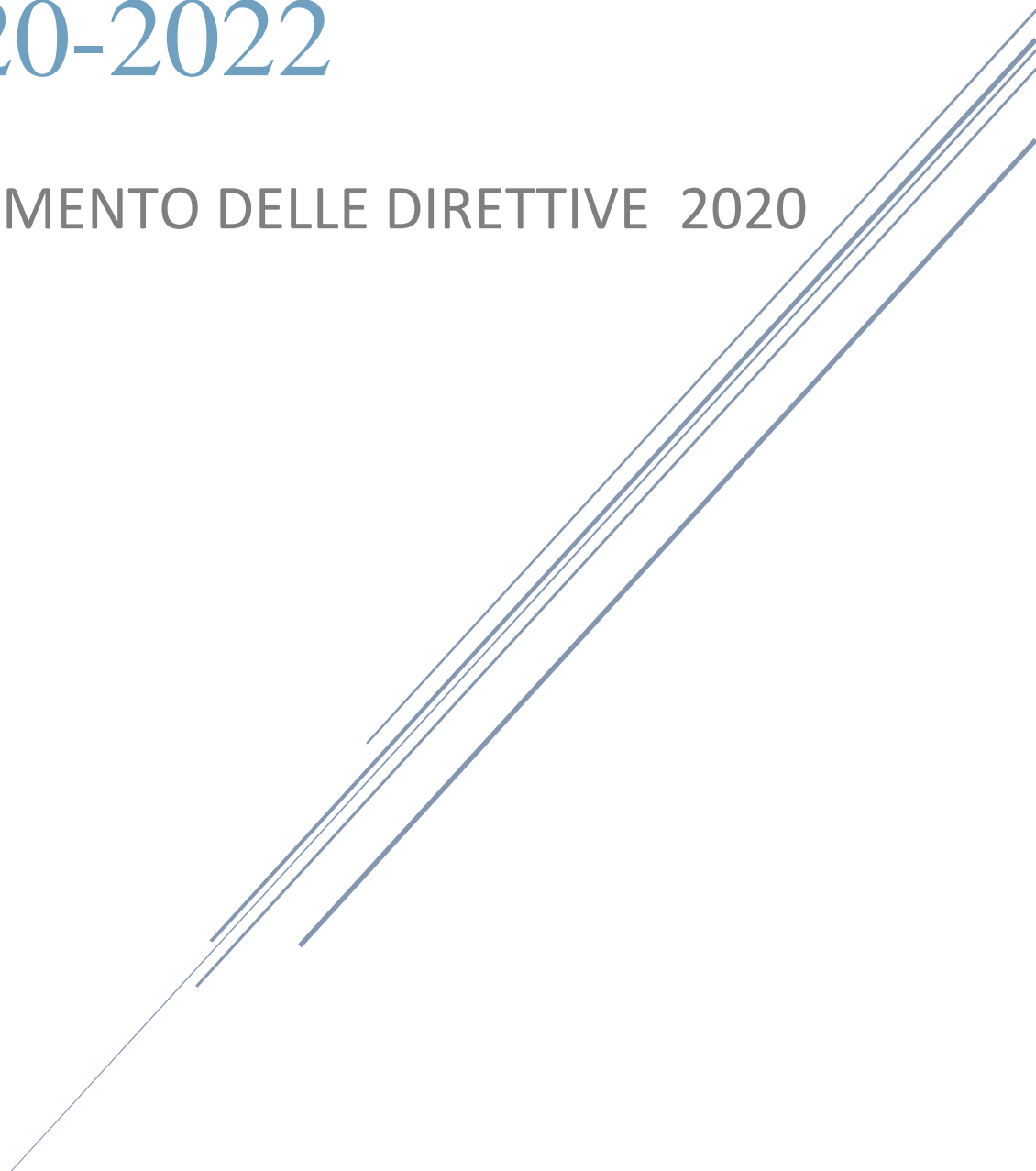




PIANO DELLA PERFORMANCE 2020-2022

DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2020



Sommario

1. Introduzione.....	2
2. Piano Performance 2020-2022	3
2. Il quadro di riferimento.....	4
2.A L’Azienda in cifre.....	4
2.A.1 Il territorio e la popolazione	4
2.A.2 L’organizzazione dei Servizi.....	6
2.A.3 Il personale dipendente	13
2.A.4 Sintesi dell’andamento dei risultati economici	13
2.A.5 Sintesi delle valutazioni nazionali/regionali relativamente alla performance	15
2.B La normativa di riferimento	18
3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio.....	19
3.A Gli aspetti metodologici.....	19
3.B La pianificazione strategica	20
3.B.1 Obiettivi da programmazione regionale	21
3.B.2 Rispetto della programmazione territoriale (Conferenza dei Sindaci)	21
3.B.3 Progettualità specifiche aziendali e raccordo con Piani specifici di programmazione	22
3.C Gli obiettivi operativi.....	23
4. Il ciclo di gestione della performance	39
4.A Sistema di misurazione e valutazione delle performance.....	39
4.B Metodologia Aziendale del Processo di Budget.....	42
4.C Timing del processo	44

Allegato 1 *Criteria di valutazione degli obiettivi di budget*

1. Introduzione

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nata dalla riforma del Sistema Sanitario Regionale attuata con L.R. 25 ottobre 2016 n. 19, recante *“Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per l’individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”* è ormai al suo quarto anno di vita ed in piena fase di sviluppo.

Risulta infatti pressoché completata l’attuazione dell’Atto Aziendale adottato con delibera del Direttore Generale n. 41 del 18.01.2018, con decorrenza dal 01.02.2018, con il quale è stata ridefinita l’organizzazione aziendale in particolare delle aree tecnico-amministrative, del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione.

L’area dell’ospedale, che in questa fase è stata meno soggetta a cambiamenti, seppure sia stato ridefinito l’assetto dei dipartimenti strutturali e funzionali, sarà invece oggetto di revisione secondo quanto disposto dalla DGRV n.614 del 14.05.2019 con la quale sono state approvate le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e le schede delle strutture sanitarie di cure intermedie. In attuazione della DGRV 614/2019, con delibera del Commissario n.1322 del 25.09.2019 è stato formulato il Piano aziendale dell’Azienda ULSS 7 Pedemontana nel quale sono stati indicati gli obiettivi e le azioni da porre in essere per l’adeguamento della dotazione assistenziale nel corso del 2020.

Il presente Piano delle Performance 2020–2022 parte dunque da questi presupposti, considerando anche che una parte consistente degli obiettivi della programmazione triennale debba necessariamente dare continuità al precedente piano 2019–2021, in particolare con riferimento ai progetti di omogeneizzazione, razionalizzazione, centralizzazione dei servizi, messa in rete delle risorse e delle competenze.

Questi ultimi sono in larga parte la declinazione degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con riferimento all’efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi e qualità, integrati dagli obiettivi strategici aziendali. Ad oggi, non disponendo degli obiettivi regionali per l’anno 2020, si è proceduto alla stesura del piano seguendo l’articolazione degli obiettivi assegnati nel 2019. Tra questi hanno avuto e manterranno una priorità assoluta i prerequisiti per la valutazione dell’Azienda, dal rispetto del vincolo di bilancio al rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario per il posizionamento ottimale della Regione sul tavolo LEA. Trovano infine spazio obiettivi più peculiari, che caratterizzano l’Azienda ULSS7 Pedemontana in ambiti quali: l’introduzione di nuovi percorsi assistenziali finalizzati a garantire la continuità delle cure e l’integrazione dei servizi, il mantenimento di elevati livelli di qualità dei servizi anche attraverso l’innovazione e il potenziamento delle tecnologie sanitarie, il completamento del nuovo Ospedale di Asiago e il miglioramento continuo dei sistemi di comunicazione con il cittadino.

2. Piano Performance 2020-2022

Il Piano della Performance 2020-2022, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dalle Linee di Indirizzo definite dalla Regione Veneto con DRGV n.140 del 16.02.2016, è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

Gli obiettivi vengono definiti coerentemente con i contenuti programmatici del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) relativi al triennio 2020-2022 e in conformità alla normativa di riferimento.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata secondo le prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'A.N.A.C. con la delibera n. 6/2013, dà avvio al **ciclo di gestione della performance** e si presenta come elemento fondamentale di un sistema di misurazione e di valutazione dei risultati attesi. Da questo documento discendono i documenti di programmazione specifici con i quali si esplicitano gli obiettivi aziendali definiti per il 2020.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali, con relativi indicatori e target di riferimento. Il Piano Performance comprende il **Documento delle Direttive** che esplicita per l'anno 2020 gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi che saranno inseriti nelle schede di budget delle Strutture Operative.

Il monitoraggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto dei target definiti è supportato dal *Sistema di Reporting aziendale*, con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Strutture Operative, e dal *Cruscotto direzionale* alimentato attraverso il sistema informativo aziendale.

Il Piano si suddivide in tre parti:

- una descrizione del quadro di riferimento in cui opera l'Azienda, nella quale si riportano i dati principali sulle dimensioni e sull'attività, oltre ad una disamina della normativa di riferimento;
- l'illustrazione della strategia aziendale attraverso gli obiettivi perseguiti in base alle fonti che li determinano;
- la rappresentazione del ciclo della performance come effettivamente implementato nell'ULSS 7 Pedemontana, con particolare riferimento agli strumenti valutazione della performance organizzativa e individuale.

2. Il quadro di riferimento

2.A L'Azienda in cifre

Compito dell'Azienda Sanitaria è quello di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, come definiti dall'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, dal D.P.C.M. 29.11.2001 e dai successivi accordi intervenuti, nonché di realizzare, nel proprio ambito territoriale, le finalità del Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, impiegando nei processi di assistenza le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza e pubblicità.

L'organizzazione dell'ULSS 7 pone al centro il servizio alla persona e alla comunità cui va garantita la tutela della salute.

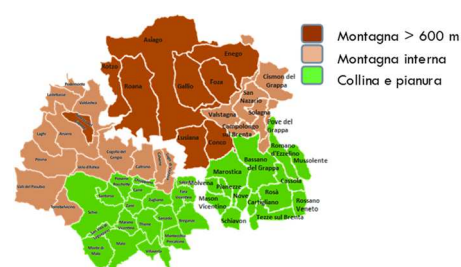
2.A.1 Il territorio e la popolazione

L'Azienda comprende attualmente 55 Comuni, passando dai precedenti 60 a seguito delle unioni, effettuate ad inizio 2019, di alcuni Comuni del territorio del Distretto 1; essa mantiene comunque la sua superficie totale di 1.482,98 Km², di cui 938,47 Km² relativi all'area di montagna e alta montagna. Le peculiarità del territorio, caratterizzato da una estesa zona montuosa a nord e da aree collinari altrettanto ampie, oltre alle zone pianeggianti a sud, implicano una complessa viabilità, in particolare nel periodo invernale, con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda.

E' garantita l'assistenza sanitaria e socio sanitaria ad una popolazione di 366.429 residenti all'1.01.2019, di cui 180 mila negli attuali 23 Comuni del Distretto 1 (D1; ex ulss 3) e di oltre 186 mila nei 32 Comuni del D2 (ex ulss 4).

La popolazione ultra 65enne arriva al 22,16% del totale.

La distribuzione per aree distrettuali mostra una leggera, ma continua, contrazione nell'ultimo triennio per il D1 e una relativa stabilità tra 2018 e 2019 per il D2, dopo una maggiore diminuzione nel biennio precedente.



Popolazione residente	all' 1.01.2017	all' 1.01.2018	all' 1.01.2019
Tot. area distretto 1 (D1 - ex ULSS 3) *	180.336	180.160	180.040
Tot. area distretto 2 (D2 - ex ULSS 4)	187.015	186.345	186.389
Azienda ULSS 7 Pedemontana	367.351	366.505	366.429

* fino all'1.01.2019: n. 28 Comuni, da febbraio 2019: n. 23 Comuni per unione di alcuni comuni.

Fonte: ISTAT – Movimento e calcolo della popolazione residente dei Comuni

Si riporta di seguito la popolazione residente all'1.01.2019 distinta per grandi classi d'età ed aree distrettuali nell'ultimo triennio disponibile:

<i>Popolazione residente al 1.01.2019</i>	Classi di età			TOTALE	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65 e +			
Tot. area distretto 1 (D1 - ex ULSS 3) *	24.878	115.726	39.436	180.040	158.5	55.57
Tot. area distretto 2 (D2 - ex ULSS 4)	25.611	119.004	41.774	186.389	163.1	56.62
Azienda ULSS 7 Pedemontana	50.489	234.730	81.210	366.429	160.8	56.11

Fonte: ISTAT – Movimento e calcolo della popolazione residente dei Comuni

L'indice di vecchiaia, con i dati disponibili all'1.01.2019, è pari al 161 per cento, mostrando un trend in continua crescita, determinato dall'aumento della popolazione ultra 65enne e dalla diminuzione dei minori fino a 14 anni. Come si può notare, è maggiormente interessata dall'elevato processo di invecchiamento la popolazione del Distretto 2, con oltre il 163% nel 2019.

La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari residenti nei Comuni dell'ULSS, è pari a circa l'8% del totale ed è in diminuzione, così come lo è stato negli ultimi dieci anni e particolarmente nel quinquennio più recente.

Come in passato, le rappresentanze più numerose sono costituite dai cittadini di Romania, Marocco, Serbia e Bangladesh, seguiti da quelli di Moldavia, Bosnia e Ghana.

La popolazione assistita nell'ULSS 7, ovvero il numero di iscritti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, riportata con riferimento all'1.1 di ogni anno nel modello ministeriale FLS.11, quadro G, risulta sistematicamente inferiore a quella residente.

Si presenta di seguito tale popolazione, confrontata con quella residente negli ultimi 3 anni.

	Popolazione		% Assistita su Residente
	ASSISTITA *	RESIDENTE	
all'1.01.2017	361.411	367.351	98,4
all'1.01.2018	360.267	366.505	98,3
all'1.01.2019	359.794	366.429	98,2

* Il mod. FLS.11 richiede il numero di assistiti con iscrizione ai MMG/PLS.

Nell'ultimo anno il numero degli assistiti è pari al 98,2% dei residenti; tale discrepanza è sempre stata presente nelle popolazioni dell'azienda, in particolare in quella del Distretto n.1 Bassano, con percentuali comprese tra il 98 e il 98,5.

2.A.2 L'organizzazione dei Servizi

L'Azienda è organizzata ed eroga le proprie attività su 3 macro-livelli assistenziali:

- l'ospedale
- i servizi territoriali/distrettuali
- il dipartimento di prevenzione

L'Ospedale

L'Azienda assicura l'assistenza ospedaliera nel proprio bacino territoriale in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione e di organizzazione regionale attraverso la struttura tecnico-funzionale a ciò preposta.

L'Ospedale garantisce cure mediche e chirurgiche in fase acuta e post-acuta che, per la loro complessità/intensità, non possono essere erogate, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali.

Nel territorio dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana sono presenti n. 3 presidi ospedalieri, con sede a Bassano del Grappa, Santorso e Asiago, dotati complessivamente di 888 posti letto, di cui 837 ordinari e 51 per degenze diurne.



La distribuzione dei posti letto all'1.01.2019, di seguito riportata, è rimasta identica a quella dell'ultimo triennio e sarà in parte modificata con l'attuazione delle nuove schede ospedaliere, prevista per il 2020.

Posti letto	Ordinari	Diurni	Totali
Ospedale di Bassano	382	13	395
Ospedale di Santorso	375	31	406
Ospedale di Asiago	80	7	87
TOTALE OSPEDALI	837	51	888

Sono presenti inoltre 56 posti-culla di assistenza neonatale (32 a Santorso, 20 Bassano e 4 Asiago).

I ricoveri sono stati nell'ultimo anno 37.573, con oltre 21 mila interventi chirurgici e più di 2.200 parti. Si è rilevato per altro un incremento rispetto all'anno precedente dell'attività in week surgery e di quella diurna, in particolare per alcune discipline dell'area chirurgica.

<i>Ricoveri ospedalieri</i>	Presidio Ospedaliero di rete Bassano	Ospedale Nodo di rete Asiago	Presidio Ospedaliero di rete Santorso	TOTALE OSPEDALI
Casi in Degenza Ordinaria (escluso week surgery)	13.085	1.950	13.597	28.632
Casi in Week Surgery	2.096	374	1.895	4.365
Casi in Day Hospital/Day Surgery	1.699	435	2.305	4.576
Casi Totali	17.017	2.759	17.797	37.573

Fonte: SDO- fase 12

Con riferimento all'attività dei reparti ostetrici si segnala che continua la contrazione dei parti iniziata nel triennio 2016-2018. Nel 2019 i dati registrati sono i seguenti:

<i>Parti</i>	Presidio Ospedaliero di rete Bassano	Ospedale Nodo di rete Asiago	Presidio Ospedaliero di rete Santorso	TOTALE OSPEDALI
Parti	912	88	1.294	2.285
di cui Cesarei	229	17	236	481
Nati vivi	923	88	1.309	2.311

Fonte: Cedap – Estrazione del 28.01.2020 relativa al periodo 01/01/2019 - 31/12/2019, dato passibile di assestamenti

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Nel 2019, ci sono stati più di 137.000 accessi. Il 13,2% degli accessi è poi esitato in ricovero, mentre l'8,4% ha portato ad una Osservazione Breve Intensiva (OBI).

<i>Attività di Pronto Soccorso</i>	N° accessi	<i>di cui esitati in ricovero</i>	<i>di cui OBI</i>
Presidio Ospedaliero di rete Bassano	59.235	7.404	6.670
Ospedale nodo di rete Asiago	12.819	1.443	1.539
Presidio Ospedaliero di rete Santorso	65.318	9.294	3.374
TOTALE OSPEDALI	137.372	18.141	11.583

I Servizi Territoriali

Il Distretto si configura come la struttura tecnico-funzionale che garantisce una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari del cittadino e della famiglia, orientando e favorendo l'accesso ai servizi.

L'Azienda Ulss n. 7 Pedemontana è articolata in due Distretti: Per ciascuno dei 2 distretti sono presenti 2 centri principali, ossia per il Distretto 1, Bassano e Asiago e per il Distretto 2, Thiene e Schio. Il D1 ha, oltre ai centri suddetti, altre tre sedi distrettuali in altrettanti Comuni e vari servizi afferenti al distretto stesso dislocati sul territorio, per lo più nelle aree delle comunità montane del Brenta e dell'altopiano di Asiago. Il D2 sviluppa le proprie attività in altri 5 centri distrettuali, oltre ai 2 principali.

Le strutture distrettuali interagiscono fortemente con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici convenzionati nonché con i servizi degli enti locali.

Afferiscono al livello distrettuale le seguenti tipologie assistenziali ed attività:

- l'assistenza agli anziani erogata mediante n. 34 Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti con n. 2.967 posti letto totali; di questi, 4 strutture sono solo per Religiosi, per complessivi 162 posti.
- sono altresì presenti strutture residenziali specifiche: 2 Hospice per malati terminali con complessivi 17 posti letto, 2 strutture per la Alta Protezione Alzheimer (SAPA) con un totale di n. 18 posti letto e 2 strutture per gli Stati Vegetativi Permanenti (SVP) con totali 14 posti letto.
- Le strutture di cure intermedie che offrono assistenza a pazienti per i quali non è prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione:
 - l'Ospedale di Comunità a Marostica con 20 posti letto;
 - l'Unità Riabilitativa Territoriale (URT) a Malo con 22 posti letto,

- l'assistenza domiciliare, che risulta sempre più rilevante in relazione all'invecchiamento della popolazione e alla necessità di mantenere il più possibile nell'ambiente familiare o comunque al proprio domicilio le persone più fragili e/o con malattie croniche

Nell'ultimo anno disponibile, confermando un trend sempre crescente, tale assistenza è stata garantita ad oltre 9.700 utenti, con 122.438 accessi in totale, secondo la seguente distribuzione e relativa attività degli operatori coinvolti.

Assistenza domiciliare	n° accessi di				
	n° utenti	Medici	Infermieri	Terapisti riabilitazione	Altri operatori
TOTALI	9.727	35.600	85.096	1.158	584
di cui Anziani	7.461	25.530	60.126	845	296
di cui Malati terminali	1.616	7.921	17.859	78	183

- I servizi a tutela ed assistenza socio-sanitaria della maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia fanno riferimento a livello territoriale ai Servizi omonimi, comprendenti i Consultori Familiari (8 sedi), i Servizi di Protezione e Tutela Minori e i Centri per l'Affido e la Solidarietà Familiare. Sono inoltre presenti i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, con attività presso diverse sedi territoriali e nel D1 anche presso l'ospedale di Bassano.
- L'assistenza ai Disabili, erogata mediante n. 19 Strutture Residenziali con un totale di 331 posti letto e 18 Strutture Semiresidenziali per 400 posti. Sono inoltre effettuati servizi e programmi specifici di promozione e integrazione delle persone con disabilità (integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica, attività sportive).
- L'assistenza psichiatrica viene garantita dai Servizi Psichiatrici dei 2 distretti tramite i 4 Centri di Salute Mentale (Bassano, Asiago, Thiene e Schio), gli ambulatori dedicati (ADAU, DCA), le strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e l'inserimento di pazienti in strutture gestite dal privato sociale. Si riportano in sintesi i dati relativi ad utenza ed attività nel 2019 (stima sulla base dei dati dei primi 9 mesi).

Utenti e assistenza territoriale del Dipartimento Salute Mentale

Tipologia di servizio	n° utenti	n° prestazioni totali	Giornate in strutture diurne e residenziali
Centri Salute Mentale	4.940	75.060	
Amb. Disturbi Ansia e Umore	121	280	
Amb. Disturbi Comportamento Alimentare	290	4.370	
Centri Diurni	380	938	53.086
Comunità Terapeutiche Residenziali Psichiatriche - CTRP	41		14.279
Altre strutture residenziali **	357		58.953
Totale *	5.375	80.648	126.318

* Il totale utenti non è la somma delle singole tipologie poiché uno stesso paziente può avere più servizi

**Comprese strutture fuori azienda; nelle giornate sono conteggiate eventuali altre prestazioni

- Per quanto concerne le dipendenze, le attività di cura, contrasto e prevenzione sono garantite dai Servizi dedicati presenti nei territori delle 2 ex aziende ad oltre 1.500 utenti all'anno, con un crescente impegno

determinato dai relativi fenomeni, sempre più complessi e diversificati e che necessitano di approcci interdisciplinari.

- L'assistenza specialistica è garantita con propri servizi aziendali - poliambulatori ospedalieri e territoriali - e con 5 strutture private accreditate, presenti sia nel territorio dell'ex Ulss 4, con 3 strutture, aperte a settembre 2017, anche nell'ex Ulss 3, con 2 convenzionati. Nell'Azienda Ulss 7 sono altresì attivi 27 Punti di Prelievo distrettuali.

Le prestazioni erogate nel 2019 sono state:

Attività specialistica ambulatoriale	n° prestazioni	Valore prestazioni da nomenclatore tariffario
Totale	3.561.116	56.527.340
Totale strutture pubbliche	3.477.068	43.057.012
Totale str. pubbliche escluso prest. di Laboratorio	832.445	31.423.760
Totale privato accreditato	66.804	2.596.106
Totale Prestazioni H chirurgiche *	8.820	7.961.345
Totale Prestazioni H mediche *	8.424	2.912.876

* già comprese nei totali; le prestazioni H sono attività espletate in passato in regime di ricovero ed attualmente erogate in ambulatorio

- E' presente un *Centro AISM* a Rosà, struttura convenzionata per la riabilitazione ex art.26 L. 833/78, che espleta servizi di tipo ambulatoriale e domiciliare per i soggetti con sclerosi multipla, non solo dell'Ulss 7, ma anche di tutta la provincia e di altre ULSS limitrofe.

Un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale è ricoperto dall'assistenza primaria garantita mediante l'attività dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei medici del Servizio di continuità assistenziale che assicurano le prestazioni di primo livello nonché l'invio ai servizi specialistici. Nell'Azienda ULSS 7 le attività di assistenza primaria all'1.01.2020 risultano assicurate da:

- n. 229 Medici di Medicina Generale;
- n. 44 Pediatri di Famiglia;
- n. 64 medici di continuità assistenziale, su 10 punti di guardia medica;
- n.76 Medici Specialistici Ambulatoriali, operanti nelle varie sedi ambulatoriali, prevalentemente del territorio.

È costante l'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria, grazie al consolidamento delle reti e all'integrazione tra servizi ed, in particolare, con l'attivazione delle 12 Medicine di Gruppo Integrate per un'effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti.

L'Assistenza Primaria, assieme a tutte le altre U.O. Complesse/Semplici Territoriali, realizzano il compito prevalente di implementare, coordinare e monitorare la più ampia adesione ai PDTA, che sono stati condivisi dai professionisti (MMG, PLS, Specialisti Ospedalieri e SUMAI, Coordinatori, Infermieri) e che si rivolgono ad un sempre maggior numero di utenti che abbisognano di cure integrate ed interdisciplinari.

Strumento indispensabile per finalizzare quanto sopra è la Centrale Operativa Territoriale, con cui vengono assicurate le risposte più appropriate e continuative alle persone fragili e la presa in carico dei pazienti, collegando Ospedale, MMG e Servizi Territoriali e gestendo la dimissione ospedaliera verso le strutture di cura protette residenziali o intermedie o verso il domicilio.

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura preposta alla promozione della tutela della salute collettiva con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, della sicurezza nei luoghi di lavoro, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Il Dipartimento di Prevenzione attua il *Piano Della Prevenzione Aziendale* (PPA) elaborato secondo le linee guida regionali e nazionali (la cui scadenza è prorogata a maggio 2020) e si impegna a garantire i Livelli di Assistenza (LEA) specifici previsti dalla normativa nazionale e regionale. Esso riveste un ruolo di regia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni e di governance di processi negli interventi non erogati direttamente, costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce direttamente le seguenti funzioni:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari sul lavoro;
- tutela della collettività dai rischi di incidenti domestici e stradali;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti in genere e tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale e controllo ufficiale;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- promozione della salute e programmi di screening oncologici;
- monitoraggio dello stato di salute della popolazione dell'Aulss7 Pedemontana;
- sanità pubblica veterinaria, sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, benessere animale, prevenzione del randagismo e relazione uomo animale.

Nel territorio dell'ULSS7 7 Pedemontana sono presenti n. 3 sedi principali del Dipartimento di Prevenzione (a Thiene, Bassano ed una sede in area montana ad Asiago), n.15 sedi per i servizi di vaccinazione e ulteriori 4 sedi per l'erogazione delle prestazioni veterinarie.

Si riporta di seguito, a livello macro, la dimensione delle principali attività svolte Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2019:

Igiene e Sanità Pubblica:

- 47.029 vaccinazioni eseguite in età pediatrica (=0-14anni)
- 23.273 vaccinazioni eseguite per viaggiatori
- 192 indagini epidemiologiche a seguito di malattie infettive
- 60.464 dosi di vaccino antinfluenzale acquistate
- 393 pareri espressi per Pratiche edilizie

Screening:

- 91.695 inviti per le campagne di screening oncologici (mammografico, citologico, colon retto)
- 62.130 soggetti aderenti
- 1.822 inviti per lo screening cardiovascolare
- 1.095 soggetti aderenti a screening cardiovascolare

Prevenzione Igiene e Sicurezza Ambienti di lavoro:

- 900 c.a. aziende ispezionate per la sicurezza sul lavoro
- 55 indagini effettuate per infortuni sul lavoro
- 43 indagini effettuate per malattie professionali
- 20 ricorsi avverso giudizio medico competente
- 367 cantieri edili ispezionati

- 211 piani di lavoro valutati per la bonifica di amianto
- 22 pareri su emissioni diffuse

Medicina Legale

- 708 commissioni invalidi

Servizio Attività Motoria

- n. 8 Comuni confermano le linee "Pedibus": n. 26 Linee - circa 600 bambini iscritti
- 3 concorsi effettuati per promuovere il movimento: "Concorso a Scuola in bici", "Concorso al lavoro in bici", "Green to work week"
- 49 nuovi gruppi cammino attivati

Promozione della Salute

- 3 corsi di formazione *Walking Leader* con l'adesione di 20 comuni
- più di 1100 studenti per Laboratorio esperienziale MuoverSi - Ca' Dotta
- 12.242 studenti partecipanti ai laboratori Cà Dotta per attività contro le dipendenze.

Servizio di Epidemiologia

- 3 indagini epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione dell'Aulss7 Pedemontana.

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

- 1.600 ca ispezioni eseguite nelle imprese alimentari
- 100 ca controlli per ristorazione collettiva nelle scuole
- 700 ca controlli sulle acque destinate al consumo umano
- 287 prime visite e 169 controlli dell'ambulatorio nutrizionale Registrate a CUP

Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale

- 175 campioni eseguiti in fase di produzione e di vendita al dettaglio
- 197 campioni eseguiti in sede di macellazione
- 48 allarmi alimentari gestiti per alimenti introdotti nel mercato

Servizio Veterinario Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche, Sanità Animale

Attività per l'eradicazione delle malattie infettive

- 566 aziende bovine controllate per tubercolosi, brucellosi e leucosi
- 9603 capi controllati per tubercolosi, brucellosi e leucosi
- 5387 capi controllati per brucellosi per totale n. 12 greggi ovi-caprini
- 698 campionamenti eseguiti in aziende bovine/ovicaprine per sorveglianza BSE/TSE
- 187 campionamenti effettuati e n. 17 aziende avicole controllate per salmonellosi aviare
- 1330 campionamenti effettuati per controllo dell'Influenza aviare
- 73 aziende avicole controllate per Influenza aviare

Con riferimento all'attività vaccinale, il valore percentuale prevista dagli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV 248 del 2019, non è stato soddisfatto per l'anno 2019:

	Dati 2019	Valore soglia Regione
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	91,6%	95%
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo parotite rosolia (MPR)	91,6%	95%

Dato disponibile a gennaio 2019, dato passibile di assestamenti.

L’Azienda registra un andamento in fase di miglioramento, risultato ancora più significativo in considerazione della radicata presenza di posizioni anti-vaccini nel Distretto 1 di Bassano, talvolta non sufficientemente contenute nonostante le numerose attività di promozione ad un’adesione volontaria e consapevole alle vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di prevenzione vaccinale per soggetti in età pediatrica (quali ad esempio colloqui presso i Servizi Vaccinali, durante le visite pediatriche, incontri nell’ambito dell’area materno infantile, appuntamenti con genitori per informazioni su particolari patologie, ecc).

E’ da considerare, inoltre, il maggior impegno profuso dai Servizi Vaccinali per ottemperare agli adempimenti conseguenti alla Legge n. 119 del 31 luglio 2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Al fine di ampliare l’offerta vaccinale sono stati effettuati “open day”, ovvero giornate con ambulatori dedicati con ampio margine orario e disponibilità a fornire informazioni.

Per quanto concerne la Vaccinazione antinfluenzale, anch’esso obiettivo assegnato dalla Regione Veneto, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha rafforzato la comunicazione con i MMG e PLS con la quale si evidenziava il ruolo preventivo della campagna, intesa sia alla riduzione del rischio individuale che alla diminuzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

Anche per l’anno 2019/2020 si è pubblicata sul sito aziendale una comunicazione rivolta al pubblico al fine di divulgare informazioni sull’argomento ed indicando le sedi ed i numeri telefonici da contattare per sottoporsi a vaccinazione.

I dati definitivi per la campagna antinfluenzale 2018-2019 vedono un valore del 54.0% della popolazione target dell’AULSS7 vaccinata (nel dettaglio 50.0% DSS1; 56.3% DSS2)



Sempre con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV 248 del 2019, si riportano di seguito le seguenti evidenze:

- *Prevenzione infortuni sul lavoro* (obiettivo P.C.1): il numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale/Numero lavoratori occupati” è un dato costantemente monitorato dallo Spisal. Nel 2019 si sono verificati n. 52 infortuni > 30 gg e n. 5 mortali.
- *Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori* (obiettivo P.E.1): per tale obiettivo relativo alla “Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci” si evidenzia che i controlli per l’eradicazione delle malattie infettive, l’aggiornamento delle anagrafi aziende e dei capi controllati si svolge regolarmente secondo il Piano Programmato.
- In riferimento al “Rispetto degli standard di copertura per screening” (obiettivo P.F.1), i tassi di copertura degli screening evidenziano per l’intera Azienda una copertura in linea con la programmazione regionale:

Anno 2019	Tasso adesione agli screening	Tasso di <u>copertura</u> degli screening	Valore soglia Regione per copertura
Screening mammografico (donne tra 50-69 anni)	83,1%	61,8%	60%
Screening citologico (donne tra 25-64 anni)	62,2%	76,7%	50%
Screening colon-retto (donne e uomini tra 50-69 anni)	69,2%	70,9%	50%

Dato consuntivo anno 2019

Si precisa che, per motivi legati alla tipologia di attività, i dati riportati non sono da intendersi definitivi dell’anno 2019, poiché, di norma, si stabilizzano verso i mesi di maggio- giugno dell’anno successivo a quello di riferimento.

2.A.3 Il personale dipendente

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana si avvale prevalentemente di personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Il personale dipendente al 31.12.2019 è pari a n. 3.974 unità, dei quali n. 535 appartengono all'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Per quanto riguarda la composizione del personale fra i due generi, il dato generale conferma una maggior presenza delle donne che sono il 75 % del personale, contro il 25% degli uomini.

Dal punto di vista della composizione per ruolo, la composizione è la seguente:

	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo
Azienda Ulss n.7	67,1%	21,5%	0,2%	11,2%

2.A.4 Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Dal punto di vista economico-finanziario, l'analisi comparata del bilancio consuntivo dell'anno 2019 ed il Bilancio Economico Preventivo 2020 aggiornato a dicembre 2020 dell'Azienda Ulss n.7 (proposta BEP 2020 con parere di congruità tecnica delle previsioni, trasmessa da Azienda Zero in data 20/12/2019) evidenzia un peggioramento del risultato d'esercizio dovuto essenzialmente a minori finanziamenti regionali previsti nel BEP 2020 (nelle more di disposizioni specifiche regionali collegate anche alle autorizzazioni CRITE) ai proventi/oneri straordinari e ad un aumento dei costi di produzione.

Con riferimento a quest'ultimi, si evidenzia lo sforzo fatto ai fini della razionalizzazione dei costi, tenuto conto della necessità di dare attuazione a disposizioni regionali che hanno comportato un aumento dei costi di produzione, nonché della doverosa prosecuzione delle attività aziendali avviate negli anni precedenti. In particolare gli aumenti di maggior impatto sul Bilancio Economico Preventivo riguardano: l'attuazione della Dgr 476/2019 in merito all'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo; l'aggiornamento dei valori economici della Distribuzione per Conto (DPC), l'applicazione della DGR 1103/2019 relativa all'aggiornamento ai requisiti previsti per le unità di offerta RSA e della ripartizione degli oneri tra sanità e sociale; dall'aumento dei costi conseguenti all'apertura nuovo ospedale di Asiago:

	Conto Economico Anno 2019 (aggiorn. al IV trim.2019)	Bilancio Economico Preventivo 2020 (aggiorn. a dic.2019)
Valore della produzione	657.807.110	654.653.067
Costo della produzione	668.228.898	675.552.932
Proventi e oneri finanziari	0	0
Proventi e oneri straordinari	528.851	
Imposte e tasse	13.330.780	13.614.352
Risultato d'esercizio	-23.223.717	-34.514.218

Fonte Bilancio Sanitario

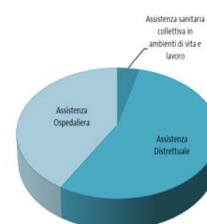
Per quanto riguarda la mobilità intraregione si evidenzia:

- *per l'attività di ricovero* le attrazioni vedono un trend positivo iniziato a fine anno 2018 in particolare sulla base dello sviluppo dell'attività protesica dell'Ortopedia del P.O. di Bassano. Per quanto riguarda le fughe il trend è sostanzialmente costante dal 2018;
- *per la specialistica ambulatoriale* nel corso del 2019 si è rilevato un aumento delle fughe per prestazioni di risonanza magnetica (difficoltà alla soddisfazione della domanda dei propri residenti), come emerge dalle criticità nel rispetto dei tempi di attesa, ed un aumento delle prestazioni di radioterapia non erogabili dalla nostra Azienda;
- *per la somministrazione diretta e per conto farmaci* il trend delle fughe è negli anni in costante aumento. Nel 2019 l'aumento è relativo prevalentemente alla erogazione di farmaci oncologici in distribuzione diretta e per conto.

La mobilità extraregione evidenzia un miglioramento dell'attrazione, come confermato dal pieno raggiungimento dell'obiettivo O.T.6.6 *Attrazione* interregionale della DGRV 248/2019 attribuibile prevalentemente all'attività di Ortopedia del P.O. di Bassano, come sopra evidenziato per le attrazioni intraregione.

Con riferimento alla **distribuzione dei costi per macroarea di assistenza** (da modello Ministeriale L.A. anno 2019 di rilevazione dei costi per livello di assistenza), si evidenzia la seguente distribuzione di risorse per macroarea:

Area di assistenza	% distribuzione costi
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	3,3%
Assistenza Distrettuale	56,3%
Assistenza Ospedaliera	40,4%



Fonte Modello Ministeriale L.A.2018 (ultima elaborazione 30/05/2019)

Infine, in merito ai **tempi standard di pagamento** verso fornitori si sottolinea il pieno rispetto della normativa vigente con un indice di tempestività dei pagamenti relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (D.P.C.M. 22/09/2014) del III trimestre 2019 pari a -18,29 giorni rispetto alla scadenza.

2.A.5 Sintesi delle valutazioni nazionali/regionali relativamente alla performance

Dal punto di vista nazionale e regionale si possono valutare due scenari di valutazione della performance:

- ✓ Piano Nazionale Esiti (PNE) – edizione 2018 con dati 2017
- ✓ Network delle Regioni (Progetto Bersaglio) – dati 2018

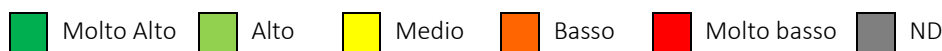
PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo sviluppato da Agenas per conto del Ministero della Salute.

L'edizione 2018 di PNE (ultima rilasciata da Agenas, con dati 2017) analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione); 21 di tali indicatori concorrono alla definizione del diagramma TREEMAP, adottato anche dalla Regione Veneto come strumento sintetico di valutazione della performance.

Il diagramma rappresenta la performance di ogni struttura ospedaliera relativamente a 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Ogni area viene valutata mediante un numero di indicatori che va da 1 a 6 ed a ciascuna area viene attribuito un peso (corrispondente alla dimensione dei rettangoli che compongono il quadrato) sulla base dei volumi di attività della struttura ospedaliera in esame.

Per ogni indicatore che compone la valutazione di area la metodologia Treemap prevede di definire 5 classi di valutazione mediante l'utilizzo del metodo "natural breaks" (nel caso in cui esistano soglie definite da regolamento/LEA queste sono state utilizzate per definire le classi più estreme). A ciascuna delle classi di valutazione viene attribuito un punteggio discreto variabile da 1 (alta qualità) a 5 (bassa qualità) e un colore, da verde scuro (alta qualità) a rosso (bassa qualità).

Livello di aderenza a standard di qualità



Per alcuni indicatori il volume di attività è stato utilizzato come criterio principale di valutazione: alle strutture con un volume di attività inferiore al valore soglia predefinito viene attribuita la classe di valutazione più bassa, indipendentemente dal valore dell'indicatore.

Per ciascuna struttura, il punteggio per area clinica è ottenuto come media ponderata dei punteggi degli indicatori rappresentativi dell'area.

Figura 1. Treemap Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa (dati anno 2017)

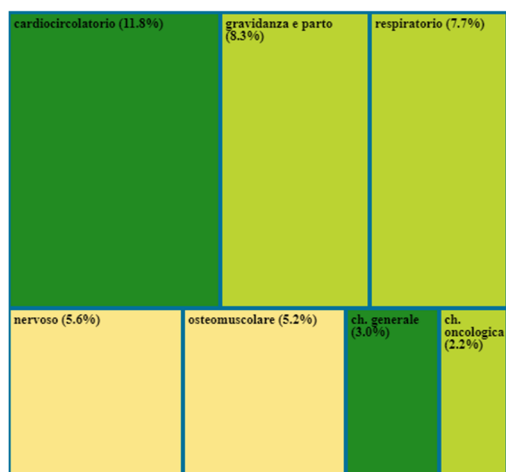


Figura 2. Treemap Presidio Ospedaliero di Santorso (dati anno 2017)

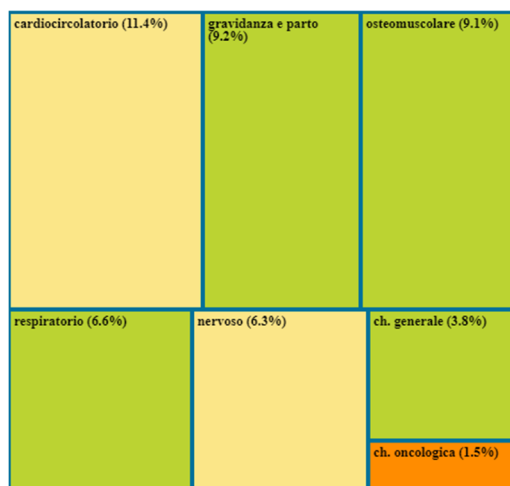
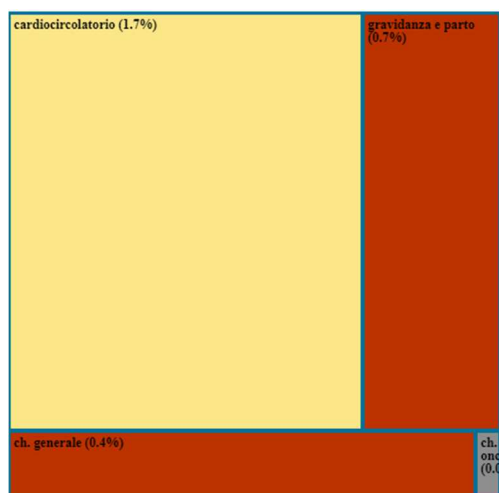


Figura 3. Treemap Presidio Ospedaliero di Asiago (dati anno 2017)

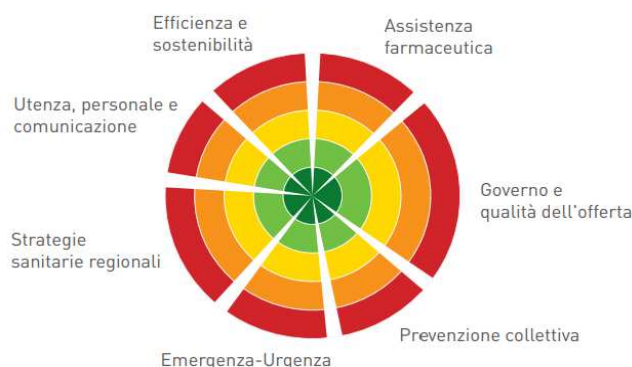


Un altro importante strumento di confronto della performance delle aziende sanitarie italiane è il cosiddetto “Network delle Regioni”, progettato dal Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore di Sant’Anna di Pisa, il cui obiettivo è di fornire una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione dell’attività dei sistemi sanitari regionali.

Il sistema di valutazione, nato in Toscana nel 2005, è stato adottato, a partire dal 2008, da altre Regioni. Oggi al network aderiscono dieci Regioni e due Province Autonome: Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, P.A. di Trento e Bolzano.

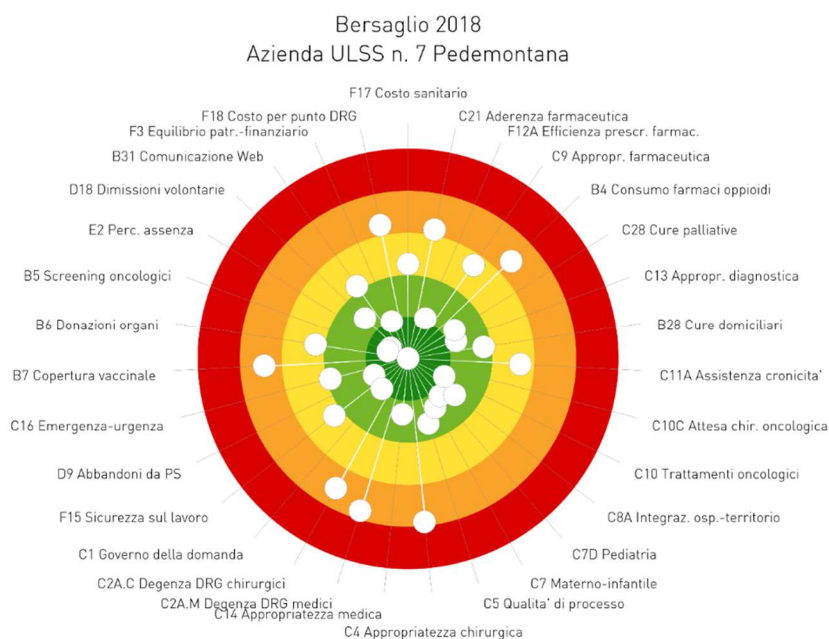
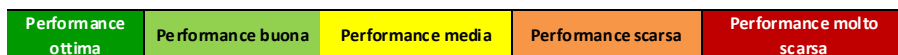
Centinaia sono ormai gli indicatori di valutazione condivisi tra le Regioni partecipanti che, a loro volta, sono raggruppati in indicatori di sintesi; proprio quest’ultimi sono rappresentati dai pallini che compongono il Bersaglio di ogni Regione ed Azienda del Network.

Le dimensioni considerate e che sono oggetto di valutazione sono le seguenti:



Per ogni area sono calcolati degli Indicatori di “Valutazione” e degli indicatori di “Osservazione” volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario. Gli indicatori di “Valutazione” vengono sintetizzati, per singolo aspetto valutato, negli indicatori “Bersaglio” o di sintesi. Questi ultimi sono rappresentati nella forma grafica del bersaglio, con 5 fasce di valutazione, dal verde scuro (ottimo) al rosso (molto scarso).

Aulss 7 Pedemontana – Bersaglio 2018 delle performance



Gli ultimi dati a disposizione, relativi al 2018, evidenziano come punti di forza: il tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti, i tempi di attesa per chirurgia oncologica e i percorsi di trattamento oncologico, lo screening oncologico, la percentuale di dimissioni volontarie e abbandoni da Pronto Soccorso, la percentuale di cesarei ed episiotomie, il tasso di RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni) e, non da ultimo, la percentuale di assenze del personale dipendente. L'area della Comunicazione Web presenta alcuni indicatori con performance ottima (leggibilità del sito), altri invece sono da migliorare (Digitalizzazione dei servizi amministrativi)

Le aree critiche sono invece relative alle basse coperture vaccinali, alla durata della degenza in ospedale, all'appropriatezza chirurgica. Da segnalare alcuni indicatori con performance molto scarse come il tasso di ospedalizzazione per diabete (35-74 anni), la percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti anziani e la percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni.

2.B La normativa di riferimento

Di seguito vengono evidenziate alcune indicazioni generali e specifiche, derivanti dalla normativa nazionale e regionale che impattano sulla programmazione e sulle strategie per il triennio 2018-2020, con evidenza anche di documenti tuttora validi nelle more dei nuovi Piani nazionale e regionale per la Salute e in attesa delle nuove indicazioni per quanto riguarda gli obiettivi assegnati alle Aziende Socio Sanitarie, Aziende Ospedaliere e IRCCS da parte della Regione Veneto per il 2019:

- **L.R. 19 del 25.10.2016** con la quale viene istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "*Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero*" e vengono individuati i nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.
- **D.G.R.V. 2174 del 23.12.2016** con la quale sono vengono approvate misure riguardanti vari ambiti della sanità regionale in gran parte correlate alla definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS disposta dalla L.R. 25 ottobre 2016, n.19.
- **Legge n. 30 del 30.12.2016** collegata alla Legge di stabilità del Veneto 2017.
- **Legge Regionale n. 48/2018** "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023.
- **Piano regionale prevenzione 2014-2018** approvato dalla Regione del Veneto con DGR. n. 749 del 14 maggio 2015 per dare attuazione ai macro obiettivi definiti nel Piano nazionale per la prevenzione (Pnp).
- **Decreto n.113 del 14.09.2018** relativo alla determinazione del tetto di costo del personale dipendente del SSR per l'anno 2018.
- **Decreto n.117 del 8.10.2018** relativo alla determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari per l'anno 2018 per le aziende Ulss ed Ospedaliere e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto
- **D.G.R.V. n. 2166 del 29.12.2017** "Assegnazione di budget per il triennio 2018-2019-2020 per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori esclusivamente ambulatoriali nei confronti degli utenti residenti nella Regione Veneto e, a parziale modifica della DGR n. 597/2017, ulteriori disposizioni nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati";
- **D.G.R.V n. 248 del 08.03.2019** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019"
- **D.G.R.V. n. 333 del 26.03.2019** "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020. DGR n. 1/CR del 4 gennaio 2019".
- **D.G.R.V. n. 476 del 23.04.2019** "Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate".
- **D.G.R.V. n. 614 del 14.05.2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.R. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023". Deliberazione n. 22/CR del 13 marzo 2019".

Si ricordano inoltre le principali disposizioni nazionali che delineano il quadro di riferimento:

- **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;
- **D.L. n. 95 del 6.7.2012** (“*spending review*”) convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n. 135 che, con la **L. 24 dicembre 2012 n. 228** (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- **Legge n.190 del 06.11.2012** “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*” che ha innovato la disciplina dei reati dei pubblici ufficiali nei confronti della pubblica amministrazione
- **D. Lgs. n.33 del 14 marzo 2013** “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*” che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, aggiornato con **D. Lgs 97 del 25.05.2016**.

3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio

3.A Gli aspetti metodologici

In linea con la programmazione nazionale e regionale, l’Azienda adotta un sistema integrato di Pianificazione Strategica, programmazione operativa e monitoraggio finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali per la tutela della salute e del benessere dei cittadini attraverso una gestione integrata dei servizi.

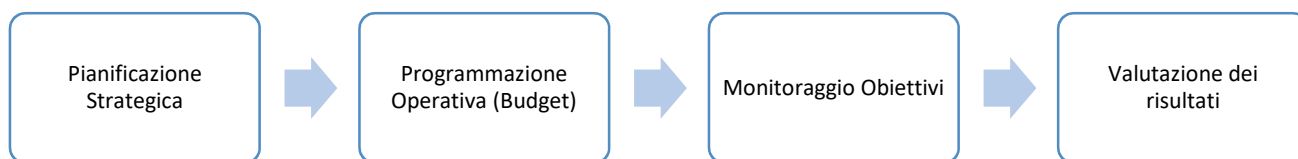
La pianificazione strategica si concretizza nella definizione degli obiettivi strategici, ovvero negli obiettivi pluriennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali.

Il presente Piano della Performance è collegato con i seguenti documenti di indirizzo per il **LIVELLO STRATEGICO**:

- Bilancio Pluriennale di Previsione* che fornisce la previsione dell’equilibrio economico, finanziario e patrimoniale per il triennio di riferimento.
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione* quale strumento di misure concrete, da realizzare per attuare un’efficace prevenzione e lotta alla corruzione.
- Piano di Zona dei servizi alla persona*, quale strumento di attuazione della rete dei servizi sociali e dell’integrazione socio-sanitaria.

A LIVELLO OPERATIVO, viene redatto il piano annuale degli obiettivi da cui discende l’articolazione degli obiettivi di Budget delle strutture organizzative definiti in coerenza con le previsioni in sede di Bilancio Economico Preventivo Annuale e con il Piano Investimenti. Sono parte integrante della programmazione gli obiettivi di salute e funzionamento della Regione Veneto assegnati alle Aziende Sanitarie per l’anno di riferimento.

Il Ciclo della Performance si articola in quattro fasi strettamente correlate tra loro:



Come evidenziato nella sezione “4.B Metodologia Aziendale del Processo di Budget”, al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato viene attuato un sistema di monitoraggio degli obiettivi con cadenza periodica e con reportistica specifica a seconda della tipologia del dato da analizzare e del tipo e del destinatario. La periodicità dei monitoraggi consente alle figure professionali Responsabili e competenti per ciascun ambito di intraprendere appropriate azioni correttive.

Il presente documento, quale atto di programmazione pluriennale, viene aggiornato annualmente in conformità agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria nazionale e regionale e coerentemente alle modifiche del contesto interno ed esterno.

3.B La pianificazione strategica

Il Piano della Performance ha un orizzonte temporale triennale e viene aggiornato annualmente in relazione agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale e/o modifiche del contesto interno ed esterno.

L’Azienda Ulss7 Pedemontana opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le prescrizioni e indicazioni provenienti da più fonti, in primis dalla Regione.

Il sistema degli obiettivi deriva dall’integrazione di:



Di seguito si descrivono i principali contenuti derivanti da queste fonti. Gli specifici obiettivi, indipendentemente dalla provenienza, sono riportati all’interno delle linee programmatiche aziendali descritte nella sezione “3.C Gli obiettivi operativi”.

Gli obiettivi sono inoltre dettagliati con indicatori, valori soglia attesi e l’individuazione della Struttura Operativa di riferimento.

3.B.1 Obiettivi da programmazione regionale

Il Piano Socio Sanitario 2019–2023 stabilisce gli orientamenti strategici del Sistema Sanitario Regionale e dedica un paragrafo specifico al sistema di valutazione delle performance (*capitolo 10 Il governo del sistema e il governo delle aziende - Il sistema di valutazione delle performance: gli obiettivi dei Direttori generali*).

I criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali riguardano il raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con riferimento all'efficienza, efficacia, funzionalità e qualità dei servizi. La valutazione complessiva dei risultati dell'attuazione della programmazione regionale, volta a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSSR, è in capo alla Giunta e al Consiglio regionale.

In particolare, la DGR del Veneto 2172/2016 dispone che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

- alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: peso 60% (fino ad un massimo di 60 punti);
- al rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: peso 20% (fino ad un massimo di 20 punti);

La Giunta Regionale, nel rendere operativi gli obiettivi strategici derivanti dal PSSR 2019–2023, ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2019 con DGR 248 dell'8 marzo 2019. Come già precisato nei paragrafi precedenti, nelle more della deliberazione dei nuovi obiettivi per l'anno 2020, vengono tenuti validi tali obiettivi definiti con la DGR suddetta e verranno puntualmente aggiornati con le modifiche e le integrazioni contenute nel provvedimento con cui la Regione determinerà i criteri di valutazione delle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2020. Vengono, altresì, tenuti validi i prerequisiti all'accesso al sistema premiante definiti dalla DGRV 248/2019, quali il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato e il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, riportati nella parte relativa agli obiettivi operativi con l'indicazione "Prerequisiti" (evidenziati in grigio) nella colonna "Riferimento normativo".

Per quanto riguarda le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale, analogamente agli obiettivi definiti dalla Giunta Regionale, in attesa degli obiettivi per l'anno 2020, vengono confermati quelli definiti per l'anno 2019 nella seduta della Quinta commissione consigliare del 12 dicembre 2019.

3.B.2 Rispetto della programmazione territoriale (Conferenza dei Sindaci)

Sotto il profilo istituzionale, la governance territoriale e l'integrazione socio-sanitaria, nel modello Veneto, si qualifica all'interno degli ambiti distrettuali per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai comuni alle aziende ULSS della gestione di molteplici servizi sociali.

In tale contesto, lo strumento primario di ricognizione dei bisogni per l'integrazione socio-sanitaria e per la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse, provenienti dalle reti formali e informali e più in generale dal territorio, è rappresentato dal *Piano di Zona*. Tale documento costituisce lo strumento di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso linee di indirizzo che rispondono ai bisogni espressi dalle comunità con particolare attenzione a diversi ambiti d'intervento e alle nuove emergenze

La Conferenza dei Sindaci, unitamente alla Giunta e al Consiglio Regionale, è coinvolta nel processo di valutazione dell'attività dei Direttori Generali. Nello specifico, la DGR del Veneto 2172/2016, già citata nel paragrafo precedente, prevede la competenza della Conferenza dei Sindaci in relazione:

- alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS: peso 20% (fino ad un massimo di 20 punti).

Nel complesso, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto, ai sensi della DRGV 230/2018, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR, vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il **70%**.

3.B.3 Progettualità specifiche aziendali e raccordo con Piani specifici di programmazione

Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, nel corso del 2020 proseguirà lo sviluppo di progetti e obiettivi specifici aziendali finalizzati al miglioramento continuo sia termini di efficacia che di efficienza.

In questa ottica proseguirà l'impegno aziendale per il raggiungimento di obiettivi relativi a:

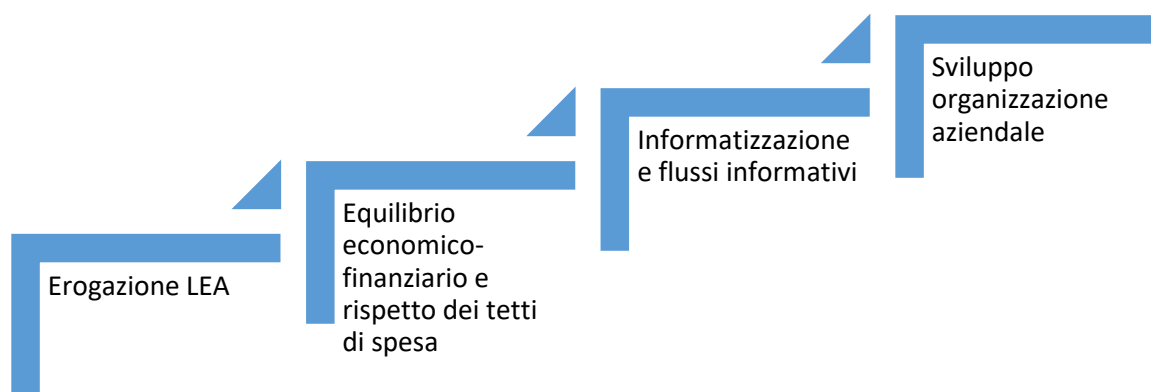
- introduzione di nuovi percorsi assistenziali finalizzati a garantire la continuità delle cure e l'integrazione dei servizi con l'utilizzo appropriato ed equo delle risorse;
- mantenimento elevati livelli di qualità anche attraverso l'innovazione e potenziamento delle tecnologie sanitarie;
- completamento del nuovo Ospedale di Asiago, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale;
- miglioramento continuo dei sistemi di comunicazione con il cittadino;
- garantire la formazione continua del personale quale strumento di miglioramento dell'assistenza, finalizzata all'accrescimento del capitale umano dell'Azienda ed all'incremento/aggiornamento delle conoscenze e competenze (L.R. 19/2016).

Gli obiettivi definiti nel presente Piano triennale della Performance sono necessariamente collegati con gli obiettivi indicati nel Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C) 2020-2022. Obiettivo prioritario per l'Azienda è infatti garantire la massima coerenza all'interno del sistema sotto il profilo delle politiche sulla performance con azioni che favoriscono la prevenzione della corruzione e con misure di prevenzione tradotte in obiettivi organizzativi e individuali specifici. Altro contenuto indefettibile del P.T.P.C. riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di *trasparenza*. L'obiettivo da perseguire è quello di assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

3.C Gli obiettivi operativi

Vengono di seguito riportati e messi in relazione gli obiettivi strategici triennali e gli obiettivi operativi annuali, con relativi indicatori e target di riferimento.

Le linee programmatiche attraverso cui si integrano gli obiettivi strategici aziendali si possono declinare in **quattro aree** e all'interno di ciascuna vengono articolati gli obiettivi che l'Azienda deve perseguire, tenuto conto delle differenti fonti da cui derivano.



Erogazione LEA

È compito primario dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana individuare i fabbisogni di salute della popolazione e verificare il grado di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi offerti, organizzando il sistema di offerta delle prestazioni mediante la presa in carico del paziente per tutto il percorso di cura assicurando al cittadino un servizio sicuro, appropriato e di qualità.

L'Azienda ULSS 7 quindi assicura nel territorio le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza realizzando le scelte della programmazione contenute nel Piano Socio Sanitario Regionale e negli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale. È tenuta, inoltre, ad applicare gli indirizzi di pianificazione e programmazione e organizzazione efficiente determinati da Consiglio, Giunta, Area sanità e sociale.

Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa

Gli obiettivi di efficienza, di contenimento dei costi e di governo dei consumi sono sostanzialmente trasversali ai servizi aziendali e sono imprescindibili per la realizzazione della maggior parte degli altri obiettivi, in una situazione di risorse sempre più limitate, con l'obbligo del rispetto dei tetti di spesa e del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Informatizzazione e flussi informativi

Nel contesto attuale caratterizzato dalla crescente esigenza di dover gestire quantità maggiori di informazioni in modo efficace, efficiente e tempestivo, risulta fondamentale lo sviluppo di un sistema informativo a supporto in tutti i processi ed azioni, sia di gestione che di governo. Di rilevanza strategica diventa pertanto l'attuazione, secondo la programmazione regionale, di tutte le attività necessarie al rispetto della qualità dei

contenuti e delle tempistiche dei flussi ricompresi nel nuovo Sistema Informativo Sanitario che rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio sanitario nazionale

Sviluppo organizzazione aziendale

Fornire le migliori e le più appropriate cure possibili e garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni, rappresentano principi cardine per l'Azienda. A tal fine si evidenziano in questa sezione alcuni ulteriori obiettivi di rilievo per la pianificazione strategica del prossimo triennio, che caratterizzano l'Azienda Ulss7 Pedemontana in particolare con riferimento al percorso di integrazione tra Bassano e Santorso.

Vengono di seguito riportati, per ciascuna area strategica sopra descritta, gli obiettivi operativi per il triennio con specificazione della fonte normativa da cui derivano, degli indicatori e delle soglie di soddisfazione, della Direzione Strategica e della Unità operativa di riferimento.

Per gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale, e in particolare quelli relativi agli obiettivi di salute e funzionamento i valori soglia sono quelli definiti dagli atti di programmazione regionale 2019 (i prerequisiti sono evidenziati in grigio) e si è tenuto conto dei livelli di attività programmati negli anni scorsi che risultano parzialmente o non raggiunti nel 2019.

Va tuttavia precisato che taluni degli obiettivi soprariportati non possono essere conseguiti integralmente in un unico esercizio, ed è necessaria una programmazione pluriennale ed un riposizionamento rispetto ai risultati conseguiti negli anni precedenti.

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Prevenzione	Rispetto degli standard di coperture vaccinali	DGR 248/2019 P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte >= 95%	tutte >=95%	tutte >= 95%	DS	UOC SISP
		DGR 248/2019 P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95%	>= 95%	>= 95%	DS	UOC SISP
		DGR 248//2019 P.A.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	>= 75%	>=75%	>=75%	DS	UOC SISP
	Effettuazione delle attività di Screening	DGR 248/2019 P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	>=60%	>= 60%	>= 60%	DS	UOSD Programmi di Screening
		DGR 248/2019 P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	>= 50%	>= 50%	>=50%	DS	UOSD Programmi di Screening
		DGR 248/2019 P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	>= 50%	>= 50%	>= 50%	DS	UOSD Programmi di Screening
	Promozione di stili di vita sani	DGR 248/2019 P.F.2.1	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	<= 25% (punteggio parziale se <= 40%)	<= 25% (punteggio parziale se <= 40%)	<= 25% (punteggio parziale se <= 40%)	DS	UOSD Servizio Prevenzione Malattie Croniche non trasmissibili e Promoz. della Salute
		DGR 248/2019 P.F.2.2	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	>=300	>=300	>= 300	DS	Dipartimento Dipendenze
	Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 248/2019 P.C.1.1	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	Diminuzione	Diminuzione	DS	UOC SPISAL

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Prevenzione	Copertura delle principali attività riferite ai controlli delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione farmaci	DGR 248/2019 P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	>= 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	>= 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.7	Esecuzione del PNAA	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
		DGR 248/2019 P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	Soglia D.Lgs. 193/2006	Soglia D.Lgs. 193/2006	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Assistenza Territoriale	Attuazione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie	DGR 248/2019 D.A.1.1	Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie: % della programmazione attuata entro la fine di ciascun anno	>= 65%	>= 65%	>= 65%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.1.1 (Pre)	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS: % MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.1.1 (Pre)	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS: % MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.2.1	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2019	100%	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.2.2	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	SI	SI	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate e corretto utilizzo della scheda sanitaria integrata	DGR 248/2019 D.A.2.1	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.2.2	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.3.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (>= 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti >= 0,65)	100%	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.A.3.1 (Pre)	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione: % MMG aderenti all'accordo che inviano i valori	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 248/2019 D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	>= 4 (punteggio parziale se >= 2,6)	>= 4 (punteggio parziale se >= 2,6)	>= 4 (punteggio parziale se >= 2,6)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	>= 2,5 punteggio parziale se >=1,9)	>= 2,5 punteggio parziale se >=1,9)	>= 2,5 punteggio parziale se >=1,9)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	>= 2 (punteggio parziale se >=1,5)	>= 2 (punteggio parziale se >=1,5)	>= 2 (punteggio parziale se >=1,5)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	>= 15%	>= 15%	>= 15%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	>= 15%	>= 15%	>= 15%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.2.1	Adeguamento agli standard qualitativi previsti dalla DGR 1075/2017: % standard rispettati	100%	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Assistenza Territoriale	Erogazione delle Cure Palliative - hospice secondo gli standard	DGR 248/2019 D.H.3.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	>= 55% (punteggio parziale se >=35%)	>= 55% (punteggio parziale se >=35%)	>= 55% (punteggio parziale se >=35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	<= 20%	<= 20%	<= 20%	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.3	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	>= 5% (punteggio parziale se >=2,5%)	>= 5% (punteggio parziale se >=2,5%)	>= 5% (punteggio parziale se >=2,5%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	<= 25% (punteggio parziale se <= 35%)	<= 25% (punteggio parziale se <= 35%)	<= 25% (punteggio parziale se <= 35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	diminuzione	diminuzione	DS	UOC Cure Palliative
	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	DGR 248/2019 D.T.1.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	<= 343 (punteggio parziale se <=373)	<= 343 (punteggio parziale se <=373)	<= 343 (punteggio parziale se <=373)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.1.2	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	0 (punteggio parziale se <= 6,9)	DS	Dipartimento di Salute Mentale
Assistenza Ospedaliera	Erogazione dell'attività di Pronto Soccorso secondo gli standard	DGR 248/2019 D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18 minuti	<= 18 minuti	<= 18 minuti	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	<= 4 ore	<= 4 ore	<= 4 ore	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	DGR 248/2019 O.T.3.1	Percentuale di indicatori Treemap rispettati o in miglioramento				DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.2	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	>= 90% (punteggio parziale se >= 70%)	>= 90% (punteggio parziale se >= 70%)	>= 90% (punteggio parziale se >= 70%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.3	Proporzione colecistomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>= 90% (punteggio parziale se >= 70%)	>= 90% (punteggio parziale se >= 70%)	>= 80% (punteggio parziale se >= 60%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.4	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	>= 80% (punteggio parziale se >= 60%)	>= 80% (punteggio parziale se >= 60%)	>= 80% (punteggio parziale se >= 60%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.3.5	% di parti cesarei primari	<= 25% se > 1.000 parti all'anno <= 20% se < 1.000 parti all'anno	<= 25% se > 1.000 parti all'anno <= 20% se < 1.000 parti all'anno	<= 25% se > 1.000 parti all'anno <= 20% se < 1.000 parti all'anno	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Assistenza Ospedaliera	Aderenza agli standard di qualità previsti	Progetto Bersaglio	Degenza media per DRG medici e chirurgici	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Progetto Bersaglio	Tasso ospedalizzazione per diabete	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Progetto Bersaglio	Colecistectomie laparoscopiche in day surgery o ricovero ordinario con degenza di 0-1 gg	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Miglioramento del saldo di mobilità	DGR 248/2019 O.T.6.1	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 5%	>= 5%	>= 5%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.6.6	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -5%	<= -5%	<= -5%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.6.7	FUGA INTRAREGIONALE: diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 90	>= 90	>= 90	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per interventi chirurgici	DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	>= 90	>= 90	>= 90	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	>= 90	>= 90	>= 90	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Gestione del Rischio Clinico	DGR 248/2019 O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<=15%	<= 15%	<= 15%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	>= 10 audit su eventi avversi	>= 10 audit su eventi avversi	>= 10 audit su eventi avversi	DS	UOSD Risk management
		DGR 248/2019 O.T.9.1	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	>= 3	>= 3	>= 3	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Assistenza Ospedaliera	Gestione del Rischio Clinico	DGR 248/2019 O.T.9.1 (Pre)	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza: Inserimento nel piano strategico annuale di attività formativa attinente le infezioni correlate all'assistenza	SI	SI	SI	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 S.D.3.1	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	DS	UOSD Risk management
		DGR 248/2019 S.D.3.1 (Pre)	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC: Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	Soglie definite per singolo item	DS	UOC Affari Generali
		DGR 248/2019 S.D.3.2	N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/mese	> 30 segnalazioni/mese	> 30 segnalazioni/mese	DS	UOSD Risk management
Attività Sociosanitaria e Sociale	Erogazione dei servizi sociali previsti nel Piano di Zona	Piano di Zona	Rispetto delle attività previste nel Piano di Zona	Rispetto del Piano	Rispetto del Piano	Rispetto del Piano	DSS	Unità operativa per il Sociale
	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	DGR 248/2019 D.H.4.1	Soddisfazione degli adempimenti richiesti per il questionario LEA 2020	100%	100%	100%	DSS/DS	Dipartimento delle Dipendenze

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Assistenza specialistica ambulatoriale	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	DGR 248/2019 D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.E.1.7	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	DGR 248/2019 D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	< = 40% o riduzione	< = 40% o riduzione	< = 40% o riduzione	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Revisione dei processi inerenti la gestione delle liste di attesa	Obiettivo aziendale	Effettuazione delle azioni previste dal progetto aziendale Liste di Attesa	Definizione e applicazione del nuovo modello organizzativo come da progetto aziendale	Definizione e applicazione del nuovo modello organizzativo come da progetto aziendale	Definizione e applicazione del nuovo modello organizzativo come da progetto aziendale	DS	Direzioni Mediche ospedaliere / UU.OO. Distretto
	Perfezionamento dei percorsi di presa in carico da parte dello specialista	Obiettivo aziendale	Predisposizione di percorsi di presa in carico dei pazienti da parte dello specialista al fine del rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni di controllo come indicato nella prescrizione	Sviluppo e miglioramento della presa in carico dei pazienti con gestione diretta delle agende da parte delle UO	Sviluppo e miglioramento della presa in carico dei pazienti con gestione diretta delle agende da parte delle UO	Sviluppo e miglioramento della presa in carico dei pazienti con gestione diretta delle agende da parte delle UO	DS	Direzioni Mediche ospedaliere / UU.OO. Distretto

Equilibrio economico
finanziario e rispetto
dei tetti di spesa

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Equilibrio Economico	Rispetto dell'equilibrio di Bilancio	DGR 248/2019 PRE.1	Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato	Si	Si	Si	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Mantenimento dei costi entro l'obiettivo prefissato	DGR 248/2019 S.A.1.1	Variazione annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	<= 0	<= 0	<= 0	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
		Obiettivo Aziendale	Attuazione e monitoraggio del Piano triennale di razionalizzazione della spesa ai sensi dell'art16 del D.L.98/2011	Presentazione del Piano entro il 31/03/2020 e monitoraggio semestrale dei risparmi	Presentazione del Piano entro termini e monitoraggio semestrale dei risparmi	Presentazione del Piano entro termini e monitoraggio semestrale dei risparmi	DA	UOC Controllo di Gestione
	Rispetto dei vincoli economici in materia di personale	DGR 248/2019 S.A.1.3	Costo del Personale	<= soglia regionale	<= soglia regionale	<= soglia regionale	DA/DS/DSS	UOC Gestione Risorse Umane

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Equilibrio Economico	Rispetto dei limiti di costo sui beni sanitari	DGR 248/2019 O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	<= soglia regionale	<= soglia regionale	<= soglia regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	<= 122€	<= 122€	<= 122€	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 248/2019 O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	<= soglia regionale	<= soglia regionale	v	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.3	Costo IVD	<= soglia regionale	<= soglia regionale	<= soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	<= soglia regionale	<= soglia regionale	<= soglia regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 248/2019 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	<=15 €	<=15 €	<=15 €	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 248/2019 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	<=9,5 €	<=9,5 €	<=9,5 €	DS	UOC Direzione Amministrativa Territoriale/Distretto
		DGR 248/2019 D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
Gestione delle risorse finanziarie	Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014	DGR 248/2019 S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	<= 0 gg	<= 0 gg	<= 0 gg	DA	UOC Contabilità e Bilancio
		DGR 248/2019 S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	<=0 (previsto raggiungimento parziale)	<=0 (previsto raggiungimento parziale)	<=0 (previsto raggiungimento parziale)	DA	UOC Contabilità e Bilancio

Informatizzazione e Flussi Informativi

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Fascicolo Sanitario Elettronico	Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr	DGR 248/2019 S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	>= 98% per il mantenimento >= 95% per le tipologie documentali non previste per il 2019	>= 98% per il mantenimento >= 95% per le tipologie documentali non previste per il 2019	>= 98% per il mantenimento >= 95% per le tipologie documentali non previste per il 2019	DS/DA	UOSD Sistemi Informativi
		DGR 248/2019 S.B.1.2	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	DA/DS	UOSD Sistemi Informativi
		DGR 248/2019 S.B.1.3	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	Soglie definite nel vademecum	DA/DS	UOSD Sistemi Informativi
		DGR 248/2019 S.B.1.4	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	100%	100%	DA	UOSD Sistemi Informativi
		DGR 248/2019 S.F.1.1	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	SI	SI	DA/DS	UOSD Sistemi Informativi

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Qualità e Completezza dei Flussi Informativi	Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informatici	DGR 248/2019 S.B.5.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	100	100%	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.B.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118: % indicatori rispettati	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso	DGR 248/2019 D.B.1.1 (Pre)
		DGR 248/2019 D.E.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.F.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica: Spesa inviata nel flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	>= 95%	>= 95%	>= 95%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 248/2019 D.F.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protetica: % spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica suddivisa nei 3 elenchi	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.3.3 (Pre)	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati) : PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 248/2019 D.H.4.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND: % indicatori rispettati	>= 90%	>= 90%	>= 90%	DA/DSS	Dipartimento Dipendenze

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Qualità e Completezza dei Flussi Informativi		DGR 248/2019 D.I.1.1 (Pre)	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio. : % Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di Invio	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.T.1.2 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 248/2019 O.A.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 O.T.1.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.2 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.1.3 (Pre)	Rispetto della completezza del flusso DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	§ 95%	§ 95%	§ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.2.1 (Pre)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	DA/DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi	DGR 248/2019 S.B.2.1	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	Secondo programmazione	Secondo programmazione	DA	UOSD Sistemi Informativi
		DGR 248/2019 S.B.2.1 (Pre)	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out: % partecipazione	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOSD Sistemi Informativi

Sviluppo organizzazione aziendale

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	
Sviluppo sottosistemi aziendali	Applicazione del PTPCT	Legge. 190/2012	Effettuazione delle analisi del rischio e predisposizione delle conseguenti attività di controllo e misure di prevenzione	Valutazione delle misure di contenimento in essere sui processi mappati nel 2019	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	DA/DS/DSS	RCPT	
	Trasparenza – Adeguamento obblighi previsti	D.Lgs 33/2013 e DGR 248/2019 S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	SI	SI	DA	RCPT	
	Percorso Attuativo della Certificabilità	DGR 248/2019 S.A.3.1	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	DA	UOC Internal Auditing	
		DGR 248/2019 S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	DA	UOC Internal Auditing	
	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	DGRV 248/2019 S.C.1.1	Ultimazione dei lavori del nuovo ospedale di Asiago	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento dei lavori entro aprile - Attivazione nuovo ospedale entro l'anno 				DA	Ospedale/ Servizi tecnico Amministrativi
	Soddisfazione alle richieste della Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza: % richieste soddisfatte	DGR 248/2019 S.F.2.1	% delle richieste puntualmente soddisfatte ((art. 4 co. 3 ter L.R. 21/2010))	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali	

MACRO AREA	OBIETTIVO	RIF. NORMATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2020	VALORE SOGLIA 2021	VALORE SOGLIA 2021	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	DIREZIONE DI RIFERIMENTO
Sviluppo sottosistemi aziendali	Integrazione servizi in attuazione della DGV 614/2019 (schede di dotazione ospedaliera)	Obiettivo aziendale	Implementazione di quanto previsto dalla DGRV 614/2019 con rispetto del piano attuativo	Attuazione del 100% delle attività previste per il 2020	Attuazione del 100% delle attività previste per il 2021	Attuazione del 100% delle attività previste per il 2022	DA/DS/DSS	Ospedale/Distretto/ Servizi tecnico Amministrativi
	Monitoraggio applicazione codice di comportamento	Obiettivo aziendale	Monitoraggio e verifica delle attività attuate in applicazione del codice di comportamento	Relazione entro settembre	Monitoraggio annuale	Monitoraggio annuale		AA-GG-LL/ Risorse Umane

4. Il ciclo di gestione della performance

4.A Sistema di misurazione e valutazione delle performance

Premessa

La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009 e successive modifiche ed integrazioni, introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

L'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana utilizza un sistema di programmazione e controllo coerente con la normativa indicata e con la DGRV n. 140 del 16 febbraio 2016, promuovendo lo strumento del budget, inteso come documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.)

La Performance

La performance è un concetto centrale introdotto dal citato decreto, che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana la performance viene misurata: a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale; a livello di singola Unità Operativa (di seguito U.O.), per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
3. rafforzare il sistema di orientamento dei comportamenti e di responsabilizzazione degli operatori,
4. rappresentare, misurare e rendere trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance: performance organizzativa

Il Sistema di misurazione e valutazione delle 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 puntuale temporizzazione delle attività e le modalità di negoziazione e assegnazione dei budget sono legate a fattori esogeni (la programmazione regionale) ed endogeni (organizzazione e stili di direzione) ed avviene secondo quanto previsto nel presente documento alla sezione "*Metodologia Aziendale del Processo di Budget*".

L'individuazione degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano delle Performance e si esplicita attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali: strutture complesse e strutture semplici dipartimentali (vedi timing).

Il Ciclo di gestione della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale (con la redazione del Bilancio Economico Preventivo) e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non disponibili.

Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto secondo quanto previsto dai contratti integrativi aziendali e dai regolamenti aziendali in materia. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo. Esso è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli ambiti di valutazione e la pubblicità.

✓ **Obiettivo**

Un obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Tipicamente questo valore è espresso in termini di livello di rendimento entro uno specifico intervallo valoriale e rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento.

Affinché questo avvenga, però, 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 attraverso l'utilizzo di indicatori.

✓ **Indicatore**

L'indicatore di performance 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).

Gli obiettivi di budget sono misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo 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 di supporto, garantendone la tracciabilità.

È responsabilità della Struttura Complessa Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e supportare la valutazione della performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è uno strumento prioritario di gestione dei dati di attività dell'ospedale, del pronto soccorso, del territorio, della farmaceutica, del personale, nonché dei costi di contabilità analitica/budget economico.

La Struttura Complessa Risorse Umane governa il processo di valutazione individuale fornendo supporto nel corso dell'intero anno a tutti i soggetti coinvolti.

✓ **Processo**

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, il ciclo di gestione della performance, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo strategico dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.) come previsto dall'art. 14 del L. Lgs 150/2009 e DGRV 140/2016, le cui fasi sono:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi operativi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

- f. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

✓ Ambiti di valutazione

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, processi, qualità, output, input, ecc.). Offrendo ai singoli dirigenti un insieme articolato e ricco di feedback circa i propri comportamenti, le proprie competenze, i risultati delle proprie attività, si opera una valutazione percepita come equa e utile in un contesto professionale con alti gradi di specializzazione, marcata presenza delle professioni codificate, tradizione di autonomia professionale.

✓ Pubblicità

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione «Amministrazione trasparente», dei seguenti documenti:

- a) il Piano della performance;
- b) la Relazione sulla performance;
- c) tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti;
- d) i nominativi ed i curricula dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione

4.B Metodologia Aziendale del Processo di Budget

Introduzione: il sistema di programmazione e controllo

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. Il sistema si articola in quattro fasi fondamentali:

1. programmazione;
2. formulazione del budget;
3. reporting e monitoraggio;
4. valutazione dei risultati ottenuti.

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

1) Programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano Performance quale documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto del Controllo di Gestione ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Il Piano Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo (B.E.P.)

Il Piano Performance viene presentato dal Direttore Generale al collegio di Direzione e a tutti i Responsabili di Struttura come documento propedeutico alla definizione degli obiettivi di budget, successivamente formalizzati nella Scheda di Budget, e pubblicato sul sito web aziendale.

2) Formulazione del Budget

Il Budget annuale è lo strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definiscono le attività e dei costi delle Strutture operative aziendali.

La definizione e contrattazione degli obiettivi di budget riguarda ogni singola Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale e ha luogo tra il Direttore di Area, il Direttore di articolazione aziendale e il Direttore della Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale, alla presenza del Direttore di Dipartimento. Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori professionali (per le strutture ospedaliere dal responsabile infermieristico/tecnico sanitario di riferimento e dal Servizio per le Professioni Sanitarie). Per l'area tecnico – amministrativa la contrattazione avviene tra il Direttore Amministrativo e i responsabili di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale. Analogamente si procede per le strutture di staff d'intesa fra i Direttori interessati con i Responsabili delle singole strutture.

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dal Direttore di Area, dal Direttore di articolazione aziendale e dal Direttore di Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale.

Nella scheda vengono riportati:

- ✓ gli *obiettivi* da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive;
- ✓ gli *indicatori di verifica*, con evidenziato il valore atteso in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- ✓ il *peso* dei singoli obiettivi;
- ✓ il *responsabile del monitoraggio* del singolo obiettivo.

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);
- ✓ budget dei consumi di materiale sanitario e non sanitario;

- ✓ indicatori di attività per le schede delle strutture ospedaliere;
- ✓ eventuali risorse aggiuntive.

Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri, puntualmente verbalizzati, e collabora alla formalizzazione degli obiettivi e relativi indicatori nonché alla compilazione della scheda risorse e all'archiviazione delle schede formalmente sottoscritte.

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo.

3) Reporting e monitoraggio

Il Controllo di Gestione svolge un **monitoraggio continuo** delle performance aziendali e di singola struttura attraverso specifica reportistica estratta dal Datawarehouse aziendale.

I reports sono prevalentemente trimestrali per i dati di attività, mensili per gli obiettivi di natura economica, ed espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda. I contenuti e la forma sono definiti in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, responsabili di Struttura, Direzione di articolazione.

Nei mesi di settembre/ottobre viene inoltre effettuata una **verifica semestrale** sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget, con incontro verbalizzato, durante il quale vengono valutate eventuali azioni correttive o la revisione della formalizzazione dell'obiettivo. Per gli obiettivi con indicatori non numerici, cioè quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi vengono attestati dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono organizzati degli incontri specifici con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura Complessa e Struttura semplice Dipartimentale per analizzare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli obiettivi. Al termine degli incontri di verifica intermedia, in base allo stato di avanzamento degli obiettivi di Budget, il Servizio per il Personale provvede all'erogazione dell'acconto relativo alla retribuzione di risultato per la Dirigenza Medica, veterinaria e SPTA previa validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

4) Valutazione dei risultati ottenuti

A consuntivo l'UOC Controllo di Gestione predispone le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e dei flussi informativi aziendali e delle Relazioni presentate per gli obiettivi progettuali e supporta i valutatori nello svolgimento delle attività di competenza finalizzate alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e all'assegnazione del punteggio ottenuto. Il monitoraggio finale viene svolto nei mesi di aprile/maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

La scheda di Programmazione e Budget di ogni Unità Operativa è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato. In fase di verifica, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale. Successivamente alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget ogni Responsabile procede alla valutazione degli obiettivi individuali.

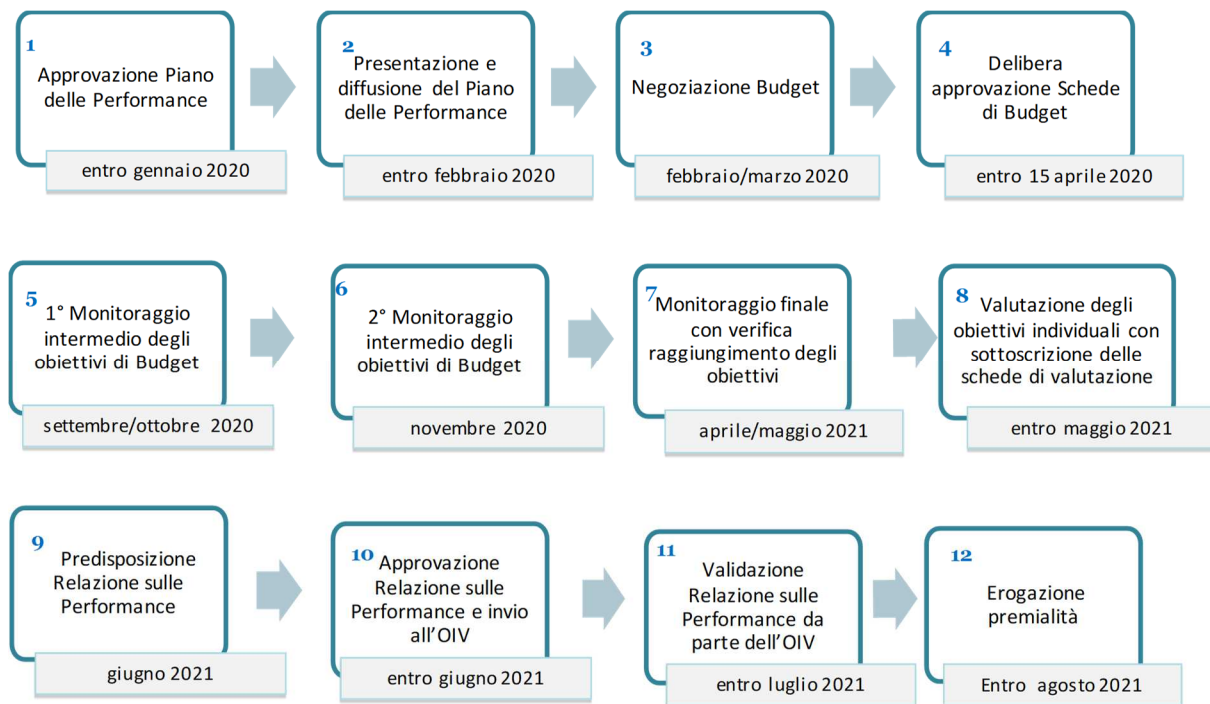
Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la **Relazione sulle Performance** (prevista dal D.Lgs. 150/2009) che evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente nel rispetto dei principi di trasparenza, veridicità e verificabilità dei contenuti.

La Relazione sulle Performance viene predisposta dall'UOC Controllo di Gestione e dall'UOC Risorse Umane, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione pena l'efficacia della relazione stessa e approvata con Deliberazione del Direttore Generale.

Il Servizio per il Personale provvede, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione della parte incentivante della retribuzione sulla base degli accordi sindacali.

4.C Timing del processo

Si riporta di seguito il timing del Ciclo di gestione delle Performance con riferimento all'anno 2020:



Allegato 1: Criteri di valutazione degli obiettivi di budget

Obiettivi e indicatori

La scheda di Programmazione e Budget di ogni Unità Operativa è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato, distinti per la dirigenza e per il personale del comparto.

In fase di verifica, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale. La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore. Le tipologie principali degli indicatori sono:

- ⇒ indicatore sì/no. Esempio: "Predisposizione protocollo ricoveri urgenti"
- ⇒ indicatore quantitativo. Esempio: "Rispetto dei tempi d'attesa"
- ⇒ indicatore tipo data. Esempio: "audit entro fine maggio"
- ⇒ indicatore "Rispetto budget economico assegnato per beni e service"

Tipologia di indicatore sì/no

Nel caso di obiettivi misurabili con indicatori Sì/No, viene attribuito in fase di verifica il peso assegnato all'indicatore con punteggio pieno se l'obiettivo è raggiunto, zero nel caso di obiettivo non raggiunto. In quest'ultimo caso sarà possibile procedere ad una valutazione intermedia tra 0 e 1 sulla base delle motivazioni presentate e valutate dal responsabile del monitoraggio dell'obiettivo. Questo valore sarà poi moltiplicato per il peso dell'indicatore.

Esempio:

OBIETTIVI	INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO X	PESO ASSEGNATO PER RETRIBUZIONE DI RISULTATO
Applicazione protocollo per ricoveri urgenti	rispetto del protocollo con monitoraggio semestrale da parte della DMO	Sì	Protocollo applicato solo in parte per motivazioni xxxx	15%

In questo caso si può decidere di assegnare una valutazione pari al 0,7 (70%) e quindi la valutazione finale per quell'indicatore sarà di $0,7 * 15\% = 10,5\%$ secondo la formula applicata a tutti gli indicatori:

Valutazione indicatore = (Coefficiente fascia)*(peso assegnato)


Tipologia di indicatore quantitativo

Nel caso di obiettivi misurabili con indicatori quantitativi, si applicano delle fasce specifiche derivanti dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto.

La fascia utilizzata per gli indicatori quantitativi è la seguente:

Codice fascia	Descrizione	Inizio fascia (%)	Fine fascia (%)	Coefficiente fascia
F1_0	Non Raggiunto	0	29,9	0
F1_1	Parzialmente non raggiunto	30	59,9	0,5
F1_2	Parzialmente raggiunto	60	89,9	0,8
F1_3	Raggiunto	90	100	1

La valutazione viene effettuata sulla base del livello di raggiungimento dell'obiettivo sul singolo indicatore (score) secondo questa metodologia:

INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO x	Scostamento consuntivo su atteso		Avanzamento obiettivo in % (fascia)	Coefficiente fascia
percentuale di prestazioni garantite Classe B: valore soglia 90%	90	95	95 su 90	=	105,6	1
percentuale di prestazioni garantite Classe D: valore soglia 90%	90	78	78 su 90	=	86,7	0.8

La valutazione finale viene calcolata moltiplicando il peso per il rispettivo coefficiente fascia:

INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO x	Coefficiente fascia		PESO ASSEGNATO	RETRIBUZIONE	RISULTATO	Coefficiente fascia
percentuale di prestazioni garantite Classe B: valore soglia 90%	90	95	1	X	15%	=	15%	
percentuale di prestazioni garantite Classe D: valore soglia 90%	90	78	0.8	X	10%	=	8%	

Tipologia di indicatore data

Nel caso di obiettivi con indicatori di tipo data “attività da portare a termine entro il ...”, si applica la medesima metodologia degli indicatori quantitativi ma con delle fasce diverse derivanti in questo caso dallo scostamento in giorni tra la data prevista e la data effettiva di raggiungimento dell’obiettivo.

Codice fascia	Descrizione	Inizio fascia (%)	Fine fascia (%)	Coefficiente fascia
T1_1	Raggiunto	Prima della data prevista	Entro i 30 giorni successivi	1
T1_2	Parzialmente raggiunto	Entro i 90 giorni successivi		0,8
T1_3	Raggiunto con notevole ritardo	Entro i 6 mesi successivi		0,5
T1_4	Non Raggiunto	Oltre i 6 mesi		0

Indicatore “Rispetto del budget economico assegnato per Beni e Service”

Nel caso dell’obiettivo economico misurabile con l’indicatore “Rispetto del budget economico assegnato per Beni e Service” si applica la medesima metodologia degli indicatori quantitativi ma si differenziano le fasce a seconda dell’ammontare del budget annuale assegnato in sede di contrattazione.

- ⇒ Budget assegnato per beni e service < 100.000 €
- ⇒ 100.000 € ≤ Budget assegnato per beni e service < 500.000 €
- ⇒ Budget assegnato per beni e service ≥ 500.000 €

Codice fascia	Descrizione	BUDGET ASSEGNATO			Coefficiente fascia
		< 100.000 €	Tra 100.000€ e 500.000€	≥ 500.000 €	
		fascia (%)	fascia (%)	fascia (%)	
E1_0	Non Raggiunto	0 – 29,9	0 – 59,9	0 – 69,9	0
E1_1	Parzialmente non raggiunto	30 – 59,9	60 – 79,9	70 – 89,9	0,5
E1_2	Parzialmente raggiunto	60 – 84,9	80 – 89,9	90 – 94,9	0,8
E1_3	Raggiunto	85 – 100	90 – 100	95 – 100	1

Valutazione finale

La valutazione conseguita su ogni indicatore viene condivisa con i Responsabili di Struttura e con il rispettivo Responsabile di articolazione aziendale in modo da verificare le eventuali ragioni che hanno impedito il pieno raggiungimento dell’obiettivo. La valutazione complessiva è data dalla somma dei valori raggiunti su ogni indicatore:

$$Valutazione\ finale = \sum_1^n (Coefficiente\ fascia_i \times peso\ assegnato\ indicatore_i)$$

Nel caso di obiettivi non valutabili per cause esterne all’Unità Operativa i pesi assegnati verranno riproporzionati sui rimanenti obiettivi.