

PIANO DELLA PERFORMANCE 2017 - 2019

Azienda Ulss n.7 Pedemontana



Indice

1. Introduzione del Direttore Generale	<i>pag. 3</i>
2. Il quadro di riferimento	<i>pag. 4</i>
2.A L'azienda in cifre	<i>pag. 4</i>
2.A.1 <i>Il territorio e la popolazione</i>	<i>pag. 4</i>
2.A.2 <i>L'organizzazione dei servizi</i>	<i>pag. 5</i>
<i>L'Ospedale</i>	<i>pag. 5</i>
<i>I Servizi Territoriali</i>	<i>pag. 6</i>
<i>Il Dipartimento di Prevenzione</i>	<i>pag. 8</i>
2.A.3 <i>Il personale dipendente</i>	<i>pag. 8</i>
2.A.4 <i>Sintesi dell'andamento dei risultati economici e delle tempistiche di pagamento</i>	<i>pag. 9</i>
2.B <i>La normativa di riferimento</i>	<i>pag.10</i>
3. Le linee programmatiche e gli obiettivi	<i>pag.11</i>
3.A <i>Gli aspetti metodologici</i>	<i>pag.11</i>
3.B <i>La pianificazione strategica</i>	<i>pag.13</i>
3.B.1 <i>Le macro aree strategiche</i>	<i>pag.13</i>
3.B.2 <i>I Piani di Area Produttiva e i Piani di Settore</i>	<i>pag.14</i>
3.C <i>Gli Obiettivi Operativi</i>	<i>pag.15</i>
3.C.1 <i>Obiettivi relativi alle aree produttive</i>	<i>pag.15</i>
4. Ciclo di gestione delle performance	<i>pag.23</i>
4.A <i>Sistema di misurazione e valutazione delle performance</i>	<i>pag.23</i>
4.B <i>Metodologia Aziendale del Processo di Budget</i>	<i>pag.26</i>
4.C <i>Timing del Processo</i>	<i>pag.28</i>

1. Introduzione del Direttore Generale

Il presente “Piano della Performance 2017-2019” si configura quale documento cardine del processo di programmazione e controllo aziendale contenente sia la pianificazione strategica (triennale) che la programmazione operativa (annuale), in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in materia.

Il Piano Performance è il documento con cui si dà avvio al Ciclo di gestione della performance definendo gli elementi fondamentali su cui si baserà la misurazione e valutazione dei risultati in termini di attività, costi, esiti e processi. Da questo documento discendono i documenti di programmazione specifici, con i quali si esplicitano gli obiettivi aziendali definiti per il 2017.

Con L.R. 25 ottobre 2016 n. 19 è stato ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS individuando le dimensioni ottimali delle stesse al fine di migliorare la qualità e l’efficienza nella gestione dei servizi in un’ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi. Dal 1 gennaio 2017 le Aziende *ex ULSS n.3* ed *ex ULSS n.4* sono state unificate nella nuova **Azienda ULSS n.7 Pedemontana** con conseguente riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari.

La nuova Azienda ULSS n. 7 Pedemontana deve pertanto provvedere a uniformare processi, protocolli e metodologie operative in un’ottica di forte integrazione, garantendo la qualità e l’efficienza nella gestione dei servizi nonché l’economicità nell’impiego delle risorse. A tal fine diventa necessario consolidare e sviluppare in modo uniforme il processo di pianificazione strategica e programmazione operativa attraverso l’affinamento degli strumenti ed il coinvolgimento del personale.

Con l’obiettivo del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite al cittadino, le Aziende *ex Ulss n.3* ed *ex Ulss n.4* hanno affrontato negli ultimi anni numerose sfide e importanti riorganizzazioni quali:

- ✓ il miglioramento della gestione delle liste d’attesa e lo sviluppo di nuove modalità per una migliore accessibilità dell’utenza (attraverso ad esempio le aperture serali, prefestive e festive dell’attività radiologica);
- ✓ l’impegno nel definire PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali);
- ✓ l’implementazione di azione rivolte al miglioramento della qualità e riduzione del rischio clinico;
- ✓ il potenziamento delle reti assistenziali con sviluppo delle best practice.

L’azione di revisione degli assetti organizzativi, già avviata nel corso del 2016, necessita ora di una ulteriore spinta applicativa che tenga conto dello scenario normativo ed economico attuale caratterizzato dall’esigenza di un ammodernamento dei servizi, territoriali ed ospedalieri, per far fronte all’evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

L’anno 2017 sarà pertanto caratterizzato dal consolidamento dei risultati rispetto a quanto già intrapreso e dall’avvio di nuove iniziative per affrontare le sfide collegate ai bisogni emergenti nel contesto socio-sanitario di un nuovo e più esteso ambito territoriale.

Dr. Giorgio Roberti
Direttore Generale

Si riporta di seguito i dati dell'ultimo triennio:

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Residenti 0-14 anni	55.174	54.845	53.520
Residenti >= 65 anni	75.040	76.393	77.688
TOTALE popolazione	368.911	369.019	367.961
Indice di vecchiaia	1,36	1,40	1,45

Tab.1 Popolazione residente (Fonte dati Dwh regionale)

La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari, risulta di 31.043 unità residenti al 1.1.2016, in calo rispetto all'anno precedente (32.346 al 1.1.2015) e pari al 8,4% del totale. Le rappresentanze più numerose sono costituite da: Romania, Serbia, Marocco e Bangladesh, seguiti da Moldavia, Bosnia-Erzegovina, Ghana.

Per quanto riguarda il **profilo di salute** della popolazione residente, le principali cause di morte nell'Aziende ULSS n. 7 Pedemontana, come anche nel Veneto, sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori maligni. La speranza di vita alla nascita per la Provincia di Vicenza nell'anno 2014 è di 80,81 anni per gli uomini e 85,97 anni per le donne.

Si pongono in evidenza i dati di analisi di alcune delle principali patologie croniche presenti nella popolazione:

	DIABETE	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO (Ostruzione cronica vie aeree)	PAZIENTI IN TERAPIA PER CANCRO
	Prevalenza diabete per 1000 assistiti	Prevalenza scompenso per 1000 assistiti	Prevalenza BPCO per 1000 assistiti	Percentuale pazienti in terapia per cancro
Azienda ULSS n.7				
<i>bacino ex ULSS 3</i>	49,5	13,8	4,12	0,4%
<i>bacino ex ULSS 4</i>	52,4	15,5	6,6	0,5%
Regione	54,4	14,6	7,0	0,5%

Tab.2 Profilo salute popolazione (fonte dati: indicatori modello regionale **adjusted clinical group**; Dati anno 2014.

2.A.2 L'organizzazione dei Servizi

L'Ospedale

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale attraverso la quale 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.

L'assistenza ospedaliera 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 Ospedali con sede a **Bassano**, **Santorso** e **Asiago**, complessivamente dotati di **909** posti letto di cui 853 ordinari e 56 in day hospital.



La distribuzione dei posti letto nell'anno 2015 è pari a:

Posti letto	Ordinari	Diurni	Totali
Ospedale di Bassano	371	40	411
Ospedale di Santorso	375	31	406
Ospedale di Asiago	81	11	92
TOTALE OSPEDALI	808	101	909

Tab.3 Posti letto anno2015

Nel 2015 i pazienti ricoverati sono stati 38.890 e gli interventi chirurgici 24.540.

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso cui accedono più di 122.000 persone all'anno. Il 14% degli accessi esita in ricovero.

	Numero Accessi	di cui OBI	di cui esitati in ricovero
Ospedale di Bassano	53.092	4.927	7.395
Ospedale di Santorso	57.440	2.869	8.555
Ospedale di Asiago	12.101	1.641	1.256
TOTALE Azienda ULSS 7	122.633	9.437	17.206

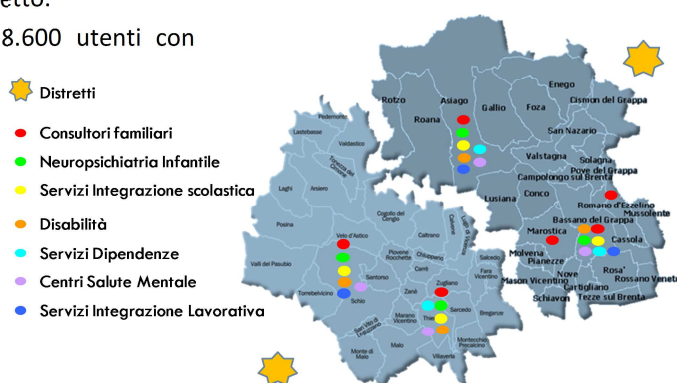
Tab.4 Accessi PS anno 2015

I Servizi Territoriali

L'Azienda Ulss n.7 Pedemontana è costituita da **due Distretti**, il cui ambito territoriale coincide con i bacini delle ex Aziende Ulss n.3 e n.4. Il Distretto si configura come la struttura tecnico-funzionale che garantisce una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sociosanitari del cittadino e della famiglia, orientando e favorendo l'accesso ai servizi. 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 attività:

- L'assistenza agli anziani erogata mediante n. 34 Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti con n. 2.967 posti letto totali.
Nel territorio sono inoltre presenti: n. 2 Strutture "Hospice" con n.17 posti letto n.2 strutture per la "Sezione Alta Protezione Alzheimer" con in totale n.18 posti letto e n.2 strutture per gli "Stati Vegetati Permanenti" con totali 14 posti letto.
- L'assistenza sanitaria domiciliare garantita a circa 8.600 utenti con 143.450 accessi annui a domicilio da parte di operatori sanitari dei quali, oltre l'89,5% è rivolto ad assistiti con più di 65 anni
- L'assistenza ai Disabili, erogata mediante n.18 Strutture Residenziali con totali n.323 posti letto e n.18 Strutture Semiresidenziali per n.399 ospiti. Vengono inoltre erogati servizi specifici di promozione e integrazione delle persone con disabilità (integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica,..).



- L'assistenza psichiatrica viene garantita dai Servizi Psichiatrici delle Aziende ex Ulss n.3 ed ex Ulss n.4, con oltre 6.500 pazienti all'anno, tramite i propri ambulatori e le strutture residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e l'accesso a strutture gestite dal privato sociale.
Per quanto concerne le dipendenze, i relativi fenomeni si presentano sempre più vasti e necessitano di approcci interdisciplinari, i Servizi Dipendenze presenti nel territorio delle aziende ex Ulss n.3 ed ex Ulss n.4, con oltre 1.500 utenti all'anno, offrono infatti assistenza agli utenti e loro famiglie con disturbi da uso di sostanze illegali, legali (alcol e tabacco) e gioco d'azzardo mediante interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.
- I servizi a tutela ed assistenza socio-sanitaria della maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia fanno riferimento a livello territoriale ai Servizi per la Famiglia, comprendenti i Consultori Familiari (n.6 nel territorio dell'Azienda Ulss 7), i Servizi di Protezione e Tutela Minori e i Centri per l'Affido e la Solidarietà Familiare. E' inoltre presente il Servizio di Neuropsichiatria Infantile che svolge attività sia territoriale che ospedaliera.
- L'assistenza specialistica è garantita con strutture proprie aziendali tra cui poliambulatori ospedalieri e territoriali e centri privati accreditati presenti nel territorio dell' ex azienda Ulss.4. Nel territorio dell'Azienda Ulss 7 sono presenti in totale n. 27 Punti Prelievo distrettuali e vengono erogate complessivamente oltre 3.800.000 di prestazioni/anno di specialistica ambulatoriale a pazienti esterni (incluse le prestazioni di laboratorio).

Un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale è ricoperto dal'assistenza primaria che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura 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'accesso ai servizi specialistici. Nella Azienda ULSS n. 7 le attività di assistenza primaria sono assicurate da:

- n.237 Medici di Medicina Generale;
- n.79 Medici Specialistici Ambulatoriali;
- n.47 Pediatri di Famiglia;
- n.64 medici di continuità assistenziale.



E' costante l'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria, grazie al consolidamento delle reti e all'integrazione tra servizi e, in particolare, con l'implementazione delle **Medicine di Gruppo Integrate** per una effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti. Sono attualmente attive n. 11 medicine di gruppo di cui n. 9 nel territorio ex azienda Ulss 4 e n.2 nel bacino ex Ulss 3.

L'Assistenza Primaria ed il Governo Clinico ma anche tutte le altre U.O. Complesse / Semplici Territoriali avranno il compito prevalente di implementare, coordinare e monitorare la più ampia e attesa 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 per lo più fragili che abbisognano di cure integrate ed interdisciplinari.

Strumento indispensabile per finalizzare quanto sopra espresso è l'utilizzo della **Centrale Operativa Territoriale**, quale nuovo servizio per assicurare una risposta appropriata e continuativa alla persona "fragile", collegando l'Ospedale, i MMG ed i Servizi Territoriali, con la funzione di gestire la dimissione ospedaliera verso strutture di cura "protette" residenziali o intermedie o verso il domicilio, ed ottimizzare la presa in carico del paziente da parte del Territorio .

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura organizzativa volta a garantire la tutela della salute collettiva, promuovendo la prevenzione dei rischi di infortuni negli ambienti di vita e di lavoro, delle malattie e della disabilità perseguendo obiettivi di promozione della salute e promuovendo stili di vita coerenti e responsabili.

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, in casa e stradali;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti e sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- azioni di promozione della salute;
- sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

Nel territorio dell'Ulss n.7 sono presenti n. 3 sedi del Dipartimento di Prevenzione e complessive n. 15 sedi per i servizi di vaccinazione (di cui n.10 ubicate nel territorio ex Ulss n.3 e n.5 nel territorio ex Ulss 4).

Per quanto riguarda l'attività di prevenzione si riportano di seguito i tassi di adesione agli screening che evidenziano per l'intera Azienda una copertura in linea con la programmazione regionale:

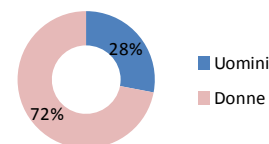
	Popolazione ex ulss 3	Popolazione ex ulss 4	Obiettivo Regionale
Screening Mammografico	81,6%	82,4%	80%
Screening Citologico	62,4%	77,5%	60%
Screening Colon retto	80,1%	77,2%	65%

Tab.5 Tassi adesione Screening – anno 2015

2.A.3 Il personale dipendente

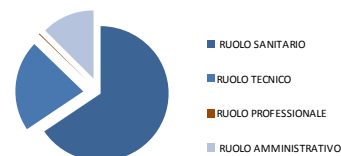
L'Azienda ULSS n.7 si avvale prevalentemente di personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato o determinato. Il personale dipendente al 01.01.2016 è pari a n. 4.033 unità (n. 2014 dell'Azienda ex Ulss n. 3 e n. 2019 dell'Azienda ex Ulss n.4), dei quali n. 571 appartengono all'area 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 72 % del personale, contro il 28% degli uomini.



Dal punto di vista della composizione per ruolo, si evidenzia una sostanziale omogeneità tra le due Aziende ex Ulss n.3 ed ex Ulss n.4:

	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo
Azienda ex Ulss n.3	65,5%	21,8%	0,1%	12,5%
Azienda ex Ulss n.4*	65,6%	21,6%	0,2%	12,6%



Tab.6 Composizione ruoli personale dipendente
* Incluso personale dei Centri Regionali

2.A.4 Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento

Dal punto di vista economico-finanziario, l'analisi comparata dei bilanci consuntivi dell'ultimo anno disponibile delle due Aziende evidenziano le diverse realtà collegate, in particolare, agli investimenti intrapresi:

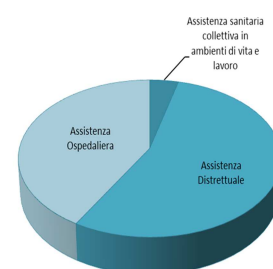
Ex Ulss n.3		Ex Ulss n.4
316.685.377	Valore della produzione	325.604.514
308.815.946	Costo della produzione	344.177.550
2.213.598	Risultato d'esercizio	-18.573.036

Tab.7 Conto Economico anno 2015 – Area Sanitaria

Il disavanzo dell'ex Ulss n.4 deriva infatti da cause non imputabili all'ordinaria gestione, ma dai canoni relativi al Polo Ospedaliero Unico costruito in finanza di progetto e dai minori contributi regionali in seguito alla riduzione della quota capitaria. La quota capitaria pesata relativa all'anno 2015 per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (CR 154/2012) si è attestata ad € 1.500 per l'Azienda ex Ulss n.4 ed a € 1.536 per l'Azienda ex Ulss n.3.

Per quanto riguarda la distribuzione dei costi per macroarea di assistenza (da modello Ministeriale L.A. di rilevazione dei costi per livello di assistenza), si evidenzia un andamento sostanzialmente in linea tra le due Aziende:

Ex Ulss n.3	Area in %	Ex Ulss n.4
3,2%	<i>Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro</i>	4,0%
55,6%	<i>Assistenza Distrettuale</i>	54,3%
41,2%	<i>Assistenza Ospedaliera</i>	41,6%



Tab.8 Distribuzione (in migliaia di €) dei costi del Modello Ministeriale L.A.

Per quanto riguarda i **tempi standard di pagamento** verso i fornitori per entrambe le Aziende si evidenzia il rispetto della normativa vigente con una media di 60 giorni già dal 2012. L'indice di tempestività dei pagamenti nel III trimestre 2016 è pari a 3,24 giorni per l'Azienda ex Ulss n.3 rispetto alla data di scadenza e ad 11,64 giorni per l'Azienda ex Ulss n.4.

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 2017-2019, 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 2017:

- ▶ **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
- ▶ **Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016** approvato con L.R. n.23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3.12.2012) che ha definito la nuova impostazione dei servizi di assistenza e di cura, che punta a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto e a potenziare la rete territoriale, facendo perno sui distretti, sui medici di base associati in gruppo e su nuove strutture residenziali (ospedali di comunità, hospice, Rsa, centri diurni, comunità...). Anche la rete degli ospedali viene riorganizzata sulla base dei diversi livelli di specializzazione e di intensità di cura con il sistema Hub & Spoke.
- ▶ **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).
- ▶ **DGRV 2072 del 30.12.2015** che definisce gli Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le ULSS del Veneto per l'anno 2016 e che si intende valida fino alla pubblicazione della nuova normativa regionale, che resta valida fino ad approvazione degli obiettivi per l'anno 2017.
- ▶ **DGRV 28 del 19.01.2016** relativa alla Determinazione dei limiti di costo per l'anno 2016 per le aziende Ulss ed Ospedaliere e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (assegnazione dei tetti di spesa), si intende valida fino a nuova deliberazione con i tetti relativi all'anno 2017.
- ▶ **DGRV 1632 del 21.10.2016** relativa al Piano di revisione della spesa volto al perseguimento dell'equilibrio economico del SSR per l'esercizio 2016.

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

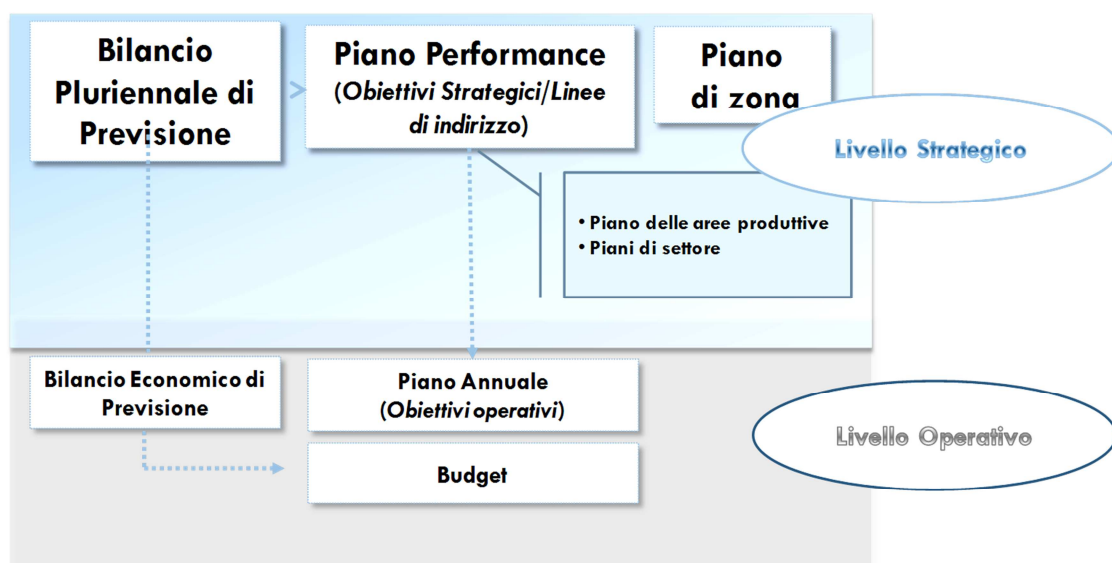
- ▶ **D. Lgs n. 118 del 23.06.2011**, che al titolo II detta disposizioni sui "principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;
- ▶ **D.L. n. 95 del 6.7.2012** ("*spending review*") 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 gli obiettivi

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 e nell'ottica di un miglioramento continuo.

Il processo di programmazione e controllo, coerentemente con quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, viene esplicitato nel presente Piano della Performance e declinato come di seguito riproposto



La pianificazione strategica si concretizza nella definizione degli obiettivi strategici, ovvero negli obiettivi pluriennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali. Per ogni obiettivo strategico vengono esplicitate le aree prioritarie di intervento e le strutture operative e di supporto.

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 degli equilibri economici, finanziari e patrimoniale per il triennio di riferimento.
- *Piano di Zona dei servizi alla persona*, quale strumento di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria.

Fanno parte del livello Strategico anche i *Piani di Settore*, quali documenti che espongono la programmazione di ambiti aziendali di supporto all'area produttiva e nei quali vengono definiti gli obiettivi aziendali, con relativi indicatori, che si affiancano a quelli delle aree produttive. Nel 2017 dovranno essere definiti i seguenti Piani di Settore: *Piano della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza*, *Piano del Sistema di controllo Interno*, *Piano della Comunicazione*, *Piano della Valorizzazione del personale, Formazione e aggiornamento, Qualità e accreditamento*, *Piano di Gestione delle attese*, *Piano della Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico*, *Piano della Sicurezza nei luoghi di lavoro*, *Piano degli Approvvigionamenti di beni e servizi*, *Sistemi informativi – informatici*, *Mantenimento e Piano dello sviluppo tecnologico*, *Piano di Adeguamento e sviluppo delle strutture edilizie ed impiantistiche*

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:



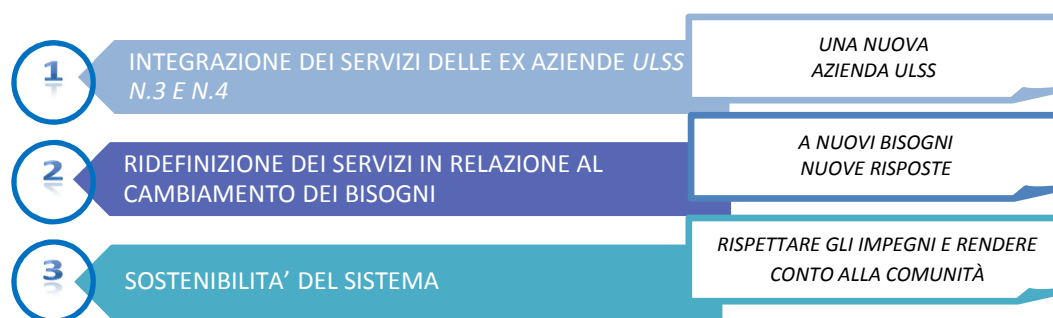
Come evidenziato di seguito, nella sezione Ciclo di gestione delle performance a pag. 23, al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato viene attuato un **sistema di monitoraggio** degli obiettivi di Azienda a cadenza periodica e con reportistica specifica a seconda della tipologia del dato da analizzare e del tipo e del destinatario. La cadenza periodica 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

3.B.1 Le macro aree strategiche

Vengono individuate tre macro aree strategiche rispetto alle quali la Direzione Generale identifica gli obiettivi strategici e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2017-2019.



1. Integrazione dei servizi delle ex Aziende ULSS n. 3 e n.4

Gli obiettivi strategici dell'Azienda si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che, in un contesto in forte evoluzione, predilige una logica di sistema e di rete con bacini di utenza provinciali o sub provinciali. Per il prossimo triennio diventa pertanto fondamentale la riorganizzazione dei servizi derivante dall'unificazione delle due aziende ex Ulss n.3 ed ex Ulss n.4.

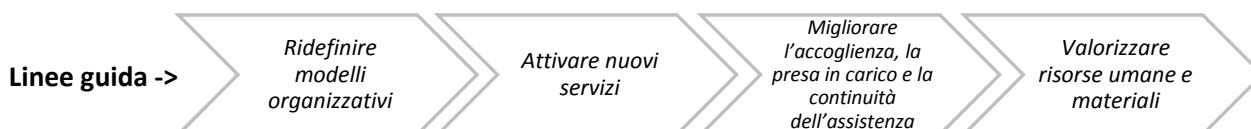
Slogan -> UNA NUOVA AZIENDA ULSS



2 . Ridefinizione dei servizi in relazione al cambiamento dei bisogni

Fornire le migliori e le più appropriate cure possibili e garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni, in particolar modo nell'attuale contesto di ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, rappresentano principi cardine per l'Azienda.

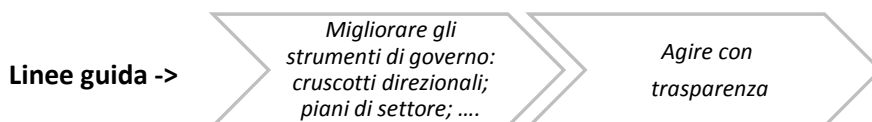
Slogan -> A NUOVI BISOGNI NUOVE RISPOSTE



3. Sostenibilità del sistema

Tutelare e migliorare la salute della popolazione assistita, garantendo servizi di qualità in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza sono obiettivi prioritari per l'Azienda. A tal fine risulta fondamentale l'adozione e il miglioramento di strumenti di governo per il monitoraggio dei fenomeni sanitari, il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi.

Slogan -> RISPETTARE GLI IMPEGNI E RENDERE CONTO ALLA COMUNITA'



3.B.1 I Piani di Area Produttiva e i Piani di Settore

Per perseguire gli obiettivi strategici secondo le linee guida suindicate, verranno sviluppati, a cura di gruppi di lavoro integrati designati dalla Direzione Strategica, i **Piani di Area Produttiva** e i **Piani di Settore** contenenti gli obiettivi strategici per il prossimo triennio.

Nei Piani saranno esplicitate: le scelte strategiche di sviluppo del piano; gli obiettivi, le attività e la relativa tempistica (*gant*); gli indicatori con il valore soglia e le modalità di monitoraggio degli obiettivi stessi.

Piani di Area Produttiva	Piani di Settore
<ul style="list-style-type: none">• Ospedale (es: Dipartimenti: materno infantile, area medica, area chirurgica, emergenza urgenza, servizi ...)• Distretto (cure primarie, cure palliative, servizi per la famiglia, disabilità, salute mentale, anziani, ...)• Dipartimento di Prevenzione (Igiene pubblica, medicina del lavoro, igiene degli alimenti, servizi veterinari ...)• Servizi tecnico – amministrativi	<ul style="list-style-type: none">• <i>Prevenzione della corruzione e Trasparenza</i>• <i>Sistema di controllo Interno</i>• <i>Comunicazione</i>• <i>Valorizzazione del personale</i>• <i>Formazione e aggiornamento</i>• <i>Qualità e accreditamento</i>• <i>Gestione delle attese</i>• <i>Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico</i>• <i>Sicurezza nei luoghi di lavoro</i>• <i>Approvvigionamenti di beni e servizi</i>• <i>Sistemi informativi – informatici</i>• <i>Mantenimento e sviluppo tecnologico</i>• <i>Adeguamento e sviluppo delle strutture edilizie ed impiantistiche</i>

Nelle more della definizione dei Piani di Area Produttiva e dei Piani di Settore sopra indicati che saranno sviluppati nel corso del 2017, viene definito un Piano Operativo annuale per la programmazione di Budget tenendo conto dei seguenti elementi di input che hanno impatto sulla programmazione aziendale: il contesto normativo nazionale e regionale, gli obiettivi di salute e funzionamento assegnati alle Aziende Sanitarie dalla Regione Veneto (**R**) e gli obiettivi strettamente correlati all'attività e all'organizzazione aziendale (**A**).

3.C Gli Obiettivi Operativi

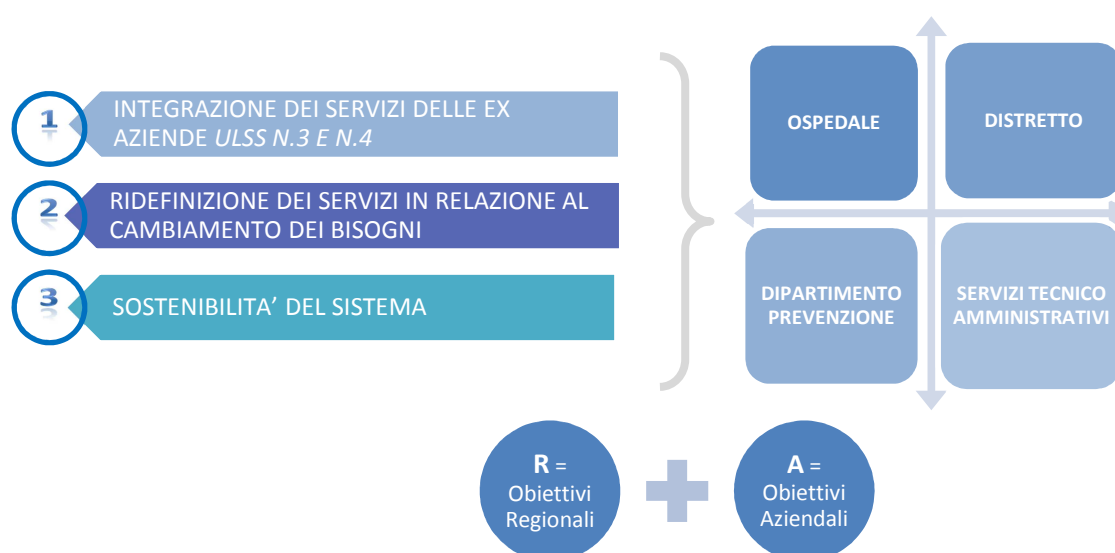
3.C.1 Obiettivi relativi alle aree produttive

Vengono di seguito riportati e messi in relazione gli obiettivi strategici triennali ed obiettivi operativi annuali, con relativi indicatori e target di riferimento; in particolare gli obiettivi e gli indicatori definiti per l'anno 2017 costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e la definizione degli obiettivi di budget delle Strutture Operative che saranno approvati con provvedimento del Direttore Generale (Documento delle Direttive). Considerata la particolare valenza dell'anno 2017, in relazione agli obiettivi di riorganizzazione, è stata data particolare risalto alla programmazione operativa per l'anno in corso. In sede di aggiornamento del Piano Triennale gli obiettivi con valore soglia evidenziato con un asterisco (*) saranno adeguati sulla base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività.

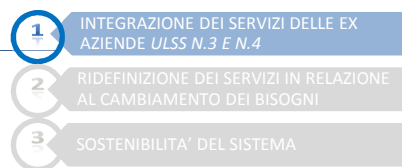
Si sottolinea che la programmazione operativa è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo (B.E.P.).

Sono parte integrante della programmazione anche gli **obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Regione alle Aziende ULSS (R)** che verranno declinati all'interno delle schede di budget delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali. Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGRV n.2072 del 30.12.2015 per l'anno 2016 e verranno puntualmente aggiornati con le modifiche e le integrazioni contenute nel provvedimento della Giunta con cui la Regione determinerà i criteri di valutazione delle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2017.

Gli obiettivi operativi definiti vengono esplicitati e specificati per le diverse aree produttive aziendali : *Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Tecnico Amministrativi.*



Obiettivo Strategico 1 : Integrazione dei servizi delle ex aziende ULSS n.3 e n.4



1.A) Ospedale

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
1.A.1 Sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra l'Ospedale di Asiago, Bassano e Santorso	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3	>=3	A

1.B) Distretto

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
1.B.1 Sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate secondo quanto previsto dalla DGR 751/2015	% di MMG nelle Medicine di Gruppo Integrate	>= 60% come previsto dalla L.R. 19/2016	>= 80% come previsto dalla L.R. 19/2016	*	R
1.B.2 Sviluppo del modello integrato di assistenza domiciliare	Definizione, approvazione e attuazione del nuovo modello	Approvazione documento entro il 31.12	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	A

1.C) Dipartimento di Prevenzione

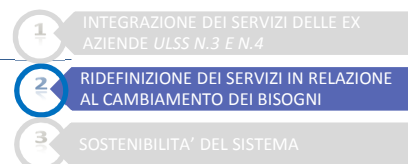
OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
1.C.1 Definizione organizzazione interna del Dipartimento	Definizione, approvazione e attuazione del modello organizzativo	Presentazione documento entro il 30.09 e prima attuazione	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	A
1.C.2 Sviluppo di procedure/processi integrati e uniformi a livello aziendale	Numero di procedure operative attivate	>=3	>=3	>=3	A
1.C.3 Programmazione trasversale di iniziative di promozione della salute	Numero di progetti attuati con modalità omogenee nel territorio	2	2	2	A

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

1.D) Servizi Tecnico Amministrativi

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
1.D.1 Sviluppo nuova organizzazione dei servizi	Definizione, approvazione e attuazione del modello organizzativo	Presentazione documento entro il 30.09 e prima attuazione	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	A
1.D.2 Integrazione delle procedure informatiche	Numero procedure informatiche integrate	>=2	>=2	>=2	A
1.D.3 Realizzazione del Sistema unico amministrativo contabile	Attivazione Sistema unico di contabilità economico patrimoniale	Messa a regime del sistema contabile unico	Prosecuzione attività integrata	Prosecuzione attività integrata	A

Obiettivo Strategico 2 : Ridefinizione dei servizi in relazione al cambiamento dei bisogni



2.A) Ospedale

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
2.A.1 Miglioramento della qualità dell'assistenza Area chirurgica	Riorganizzazione secondo il modello della Week Surgery con rispetto delle soglie regionali	60%	70%	*	R
	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	*	*	*	
2.A.2 Miglioramento della qualità Assistenza Area Materno - Infantile	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Rispetto delle soglie regionali	*	*	R
2.A.3 Miglioramento della qualità Assistenza Area Medica	Rispetto della % di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	≤ 3%	*	*	R
	Rispetto della % di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	*	*	
2.A.4 Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	Rispetto degli standard	Rispetto degli standard	Rispetto degli standard	R

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
2.A.5 Attuazione del Progetto Pronto Soccorso	% di realizzazione del Progetto aziendale che prevede la riorganizzazione operativa/edilizia/ tecnologica (Bassano)	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2017	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018		A
	Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	90° percentile entro le 4 ore (codice verde e bianco)	*	*	R
2.A.6 Ottimizzazione utilizzo Robot Da Vinci	Utilizzo multidisciplinare del Robot Da Vinci: numero di specialità coinvolte con rispetto dei volumi programmati (Bassano)	Almeno 3 Unità Operative	Almeno 4 Unità Operative		A
2.A.7 Revisione e/o attivazione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati	Numero di PDTA revisionati e/o attivati	2	2	2	A

2.B) Distretto

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
2.B.1 Sviluppo Strutture intermedie	Attuazione della programmazione sui posti letto territoriali con aumento della % di posti letto attivati sui programmati (L.R. 19/2016)	+50%	+70%	*	R
2.B.2 Sviluppo di una Centrale Operativa Territoriale unica	Definizione, approvazione e attuazione del nuovo modello	Approvazione documento entro il 31.12	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	A/R
2.B.3 Integrazione ospedale – territorio	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 10%	*	*	R
	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	*	*	
	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	>1,45 per 1000 abitanti	*	*	

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

2.C) Dipartimento di Prevenzione

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
2.C.1 Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici	Rispetto delle soglie di copertura definite dalla Regione per Vaccinazioni	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	R
	Rispetto dei tassi di adesione definiti dalla Regione per gli Screening	Mammografico ≥ 80% Citologico ≥ 60% Colon-retto ≥ 65%	*	*	
2.C.2 Mantenimento della percentuale del 5% delle Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale	% di U.L. oggetto di intervento ispettivo	≥ 5%	≥ 5%	*	R
2.C.3 Implementazione piani sicurezza alimentare	Numero dei controlli alimentari effettuati nel rispetto della programmazione regionale	100%	100%	100%	R

2.D Servizi Tecnico Amministrativi

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
2.D.1 Adozione e attuazione nuovo Atto Aziendale	Definizione, approvazione e attuazione del documento	Adozione Atto Aziendale nel rispetto della tempistica regionale	Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano attuativo	Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano attuativo	A/R
2.D.2 Sviluppo nuovi Servizi <i>on line</i>	Numero di nuovi servizi attivati entro il 31.12	2	2	2	A

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

Obiettivo Strategico 3 : Sostenibilità del sistema

- 1 INTEGRAZIONE DEI SERVIZI DELLE EX AZIENDE ULSS N.3 E N.4
- 2 RIDEFINIZIONE DEI SERVIZI IN RELAZIONE AL CAMBIAMENTO DEI BISOGNI
- 3 **SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA**

SOSTENIBILITA' ECONOMICA	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo	Strutture Operative
3.A.1 Mantenimento della sostenibilità economico-finanziaria	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, dei tetti di costo definiti dalla Regione e dei tempi di pagamento programmati	Rispetto dei limiti regionali	Rispetto dei limiti regionali	Rispetto dei limiti regionali	A/R	Tutte le strutture
	Potenziamento del sistema di monitoraggio del Bilancio	Monitoraggio mensile dei costi	Monitoraggio mensile dei costi	Monitoraggio mensile dei costi		
	Definizione Piani di Razionalizzazione e successivo monitoraggio	Definizione Piani entro il 28.02 e monitoraggio trimestrale	*	*		
ALTRI OBIETTIVI						
3.A.2 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della L.R. n.30 del 30.12.2016 (collegata alla Legge di stabilità Veneto 2017)	Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali classi di priorità:	Almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate erogato entro i tempi massimi previsti ("B" entro 10gg, "D" entro 30 gg, "P" entro 60/90)	Rispetto delle soglie regionali *	Rispetto delle soglie regionali *	R	Tutte le strutture
	Rispetto Tempi di attesa per interventi chirurgici come previsto da normativa	A entro 30gg B entro 60 gg C entro 90 gg D entro 180 gg	Rispetto delle soglie regionali *	Rispetto delle soglie regionali *		
	Ulteriori obiettivi e relativi indicatori saranno successivamente declinati nel Piano di Settore "Gestione delle Attese"					
3.A.3 Segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	Rispetto del valore soglia relativo al tasso di segnalazioni ADR per milione di abitanti	≥ 500 segnalazioni	*	*	R	Ospedale Distretto Dip.di Prevenzione

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo	Strutture Operative
3.A.4 Consolidare e potenziare il Sistema per la gestione del Rischio Clinico	Effettuazione delle azioni programmate al fine al contenimento del rischio clinico ed effettuazione della formazione	80%	90%	100%	A	<i>Tutte le Strutture</i>
	Ulteriori obiettivi e relativi indicatori saranno successivamente declinati nel Piano di Settore "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico"					
3.A.5 Applicazione delle politiche regionali di autoassicurazione	Applicazione del modello di Autoassicurazione regionale ai sinistri sanitari	Nel 100% dei sinistri	Nel 100% dei sinistri	Nel 100% dei sinistri	R	<i>AAGLL, DMFO, Medicina Legale</i>
3.A.6 Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario	Rispetto degli adempimenti previsti relativamente al: -nuovo flusso SDO; -fascicolo sanitario; - dematerializzazione della ricetta cartacea; -flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	Rispetto del 100% delle soglie regionali	Rispetto del 100% delle soglie regionali	Rispetto del 100% delle soglie regionali	R	<i>Serv. Amministrativi e Tecnici</i>
3.A.7 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	100% delle attività	100% delle attività	100% delle attività	R	<i>Tutte le Strutture</i>
3.A.8 Agire con trasparenza	Progettazione e presentazione del Rendiconto Sociale	Predisposizione del modello	Presentazione del documento		A	<i>Tutte le Strutture</i>
3.A.9 Anticorruzione e Trasparenza	Implementazione delle azioni previste dal Piano Aziendale	100% delle attività previste per l'anno 2017	100% delle attività previste per l'anno 2018	100% delle attività previste per l'anno 2019	A/R	<i>Tutte le Strutture</i>
	Ulteriori obiettivi e relativi indicatori saranno successivamente declinati nei Piani di Settore "Prevenzione della Corruzione e trasparenza" e "Sistema di Controllo Interno"					

* Valore soglia da aggiornare in base all'evoluzione della normativa e in relazione allo stato di avanzamento delle attività

Unitamente agli obiettivi sopra indicati, dovranno essere sviluppati nel corso del 2017 specifici strumenti di programmazione denominati “Piani di Area Produttiva” e “Piani di Settore” che rappresentano i documenti in cui viene esplicitata la programmazione degli ambiti aziendali a supporto dell’area produttiva. **I piani, a valenza triennale (2017-2019), verranno aggiornati annualmente anche in relazione allo sviluppo delle attività in capo all’Azienda Zero, secondo quanto previsto dalla L.R. 19/2016.**

Si riportano di seguito i Piani che si intendono sviluppare, le tempistiche e le modalità di monitoraggio degli stessi.

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2017	Soglia 2018	Soglia 2019	Tipo obiettivo
Adozione Piani di Area: <ul style="list-style-type: none"> • Ospedale • Distretto • Dipartimento di Prevenzione • Servizi Tecnico-Amministrativi 	Presentazione e approvazione del Piano	Entro il 30.06	Aggiornamento del Piano entro il 31.01	Aggiornamento del Piano entro il 31.01	A
Adozione Piani di Settore: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione della corruzione e Trasparenza • Sistema di controllo Interno • Comunicazione • Valorizzazione del personale • Formazione e aggiornamento • Qualità e accreditamento • Gestione delle attese • Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico • Sicurezza nei luoghi di lavoro • Approvvigionamenti di beni e servizi • Sistemi informativi – informatici • Mantenimento e sviluppo tecnologico • Adeguamento e sviluppo delle strutture edilizie ed impiantistiche 	Presentazione e approvazione del Piano	Entro il 30.06	Aggiornamento del Piano entro il 31.01	Aggiornamento del Piano entro il 31.01	A
	Numero azioni effettuate rispetto alle programmate	>=90% delle azioni previste nell’anno	>=90% delle azioni previste nell’anno	>=90% delle azioni previste nell’anno	A

4 Il Ciclo di gestione delle 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, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che 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 verifica dei risultati attraverso 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

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 e Controllo interno 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 Servizio per il Personale 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, 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, così come individuati dal D.Lgs. 150/2009, 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.

Di seguito si esplicitano i punti fondamentali delle quattro fasi all'interno dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana.

La Struttura Controllo di Gestione e Controllo interno, 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 Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno 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 Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno 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 Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno 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 il Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno 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 dal Servizio Controllo di Gestione e Controllo Interno e dal Servizio per il personale, 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 2017:

