

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 La normativa di riferimento	<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.C <i>Gli Obiettivi Operativi</i>	<i>pag.14</i>
3.C.1 <i>Obiettivi relativi alle aree produttive</i>	<i>pag.14</i>
4. Ciclo di gestione delle performance	<i>pag.24</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.29</i>

1. Introduzione del Direttore Generale

Il Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato con Legge Regionale n.23/2012, invita a ripensare all'offerta del servizio sanitario in una logica di sistema e di rete, nonché di ambiti territoriali più estesi, in vista di una ottimizzazione delle risorse organizzative e finanziarie, che trovano conferma anche nella disposizione della legge di stabilità 2016 la quale detta norme per il conseguimento di risparmi di spesa mediante processi di aggregazione delle strutture e delle attività dei soggetti preposti all'erogazione del servizio sanitari.

Con L.R. 25 ottobre 2016 n. 19, recante *"Istituzione dell'ente di governarne 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"*, il Consiglio Regionale ha approvato la riforma del sistema sanitario Veneto la quale prevede due ambiti fondamentali di innovazione: l'istituzione dell'Azienda Zero e l'accorpamento delle Aziende ULSS, regolandone principi guida, funzioni e aspetti organizzativi. La suddetta legge ha attuato una profonda riforma del Sistema Sanitario Regionale prevedendo, in particolare, la riduzione da 21 a 9 Aziende ULSS tra le quali è stata prevista l'**Azienda ULSS n.7 Pedemontana** che nasce dalla fusione delle ex Aziende Sanitarie ULSS n.3 *"Bassano del Grappa"* e ULSS n.4 *"Alto Vicentino"*.

La costituzione dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana a partire dal 1 gennaio 2017 rientra nel Piano di riorganizzazione della rete sanitaria regionale, il cui obiettivo è di assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini, attraverso la rimodulazione delle attività territoriali e la razionalizzazione dei servizi di supporto tecnico amministrativo.

Alla luce dei principi della normativa regionale sopra elencata, con DGRV n. 1306 del 16 agosto 2017 sono state definite le *"Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale"*. In conformità ai principi e ai contenuti delle linee guida regionali, con deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 18 gennaio 2018 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda ULSS n.7 con decorrenza dal 1 febbraio 2018. La definizione degli obiettivi di programmazione per l'anno in corso verrà impostata secondo la nuova organizzazione così come definita dall'Atto Aziendale.

L'anno 2018 pertanto sarà caratterizzato dalla progressiva implementazione della nuova organizzazione che riguarda in particolare le strutture nell'area non ospedaliera: l'organizzazione del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze nonché dell'Area tecnico-amministrativa. Per quanto riguarda l'area ospedaliera si richiama quanto previsto dalle schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGRV n.2122 del 19 novembre 2013 e successive modifiche e integrazioni.

Nel biennio 2016-2017 l'Azienda ha affrontato numerose sfide, tra cui è necessario ricordare:

- l'attuazione degli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali;
- 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*.

Gli ultimi due anni sono stati inoltre caratterizzati da una forte azione di revisione e pianificazione delle scelte strategiche e gestionali, nonché dai nuovi assetti organizzativi che necessitano ora di una ulteriore spinta applicativa al fine di concretizzare i risultati attesi. L'anno in corso 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

2. Il quadro di riferimento

Il **Piano della Performance 2018-2020**, 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 2018-2020 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 2018.

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, con un focus particolare per l'anno 2018. 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.

2.A L'Azienda in cifre

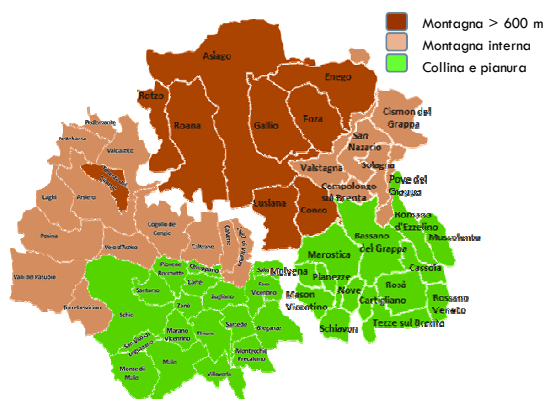
2.A.1 Il territorio e la popolazione

Un parametro fondamentale per la definizione degli obiettivi aziendali e per l'attribuzione delle risorse alle diverse aree assistenziali è dato dalla popolazione residente nel territorio di riferimento tenendo conto, vista la peculiarità territoriale dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana, anche della relativa distribuzione geomorfologica.

L'Azienda garantisce l'assistenza sanitaria e socio sanitaria ad una popolazione di 367.351 abitanti (al 01.01.2017) ed è composta da 60 Comuni con una superficie totale di 1.482,98 Km² di cui 938,47 Km² (corrispondente a 27 Comuni) relativi all'area di montagna e alta montagna. Le peculiarità del territorio, caratterizzato da una estesa zona montuosa a nord e collinare e pianeggiante a sud, implicano una complessa viabilità soprattutto nel periodo invernale con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda.

La popolazione anziana (>65 anni) si assesta sul 22% dei residenti totali, pari a 79.018 abitanti, mentre gli over 75 sono il 11%, pari a 39.591 abitanti. L'indice di vecchiaia rappresenta il peso della popolazione anziana in un determinato territorio e sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione.

L'indice di vecchiaia nel 2017 è al 1,51 con un trend in crescita, determinato dall'aumento della popolazione ultra 65enne e dalla diminuzione dei minori di 14anni.



Si riportano di seguito i dati dell'ultimo triennio:

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Residenti 0-14 anni	54.845	53.520	52.433
Residenti >= 65 anni	76.393	77.688	79.018
TOTALE popolazione	369.019	367.961	367.351
Indice di vecchiaia	1,40	1,45	1,51

Tab.1 Popolazione residente (Fonte dati Dwh regionale)

La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari, risulta di 29.457 unità residenti al 1.1.2017, in calo rispetto all'anno precedente (31.043 al 1.1.2016) e pari al 8,1% del totale. Le rappresentanze più numerose sono costituite da: Romania, Marocco, Serbia, Moldavia, seguite da Ghana, Albania, Bosnia-Erzegovina, Cina, Kosovo.

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 2016 è di 81,01 anni per gli uomini e 85,71 anni per le donne (dato Istat).

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	50,8	15,3	5,5	0,50%
<i>bacino Distretto n.1</i>	52,8	16,4	6,8	0,50%
<i>bacino Distretto n.2</i>	48,9	14,3	4,3	0,60%
Regione	54,8	15,1	7	0,50%

Tab.2 Profilo salute popolazione (fonte dati: indicatori modello regionale **adjusted clinical group** - dati anno 2015).

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 due Presidi Ospedalieri con sede a **Bassano, Santorso** e un Ospedale nodo di rete ad **Asiago**, complessivamente dotati di **988** posti letto di cui 837 ordinari e 51 in day hospital.



La distribuzione dei posti letto al 1.1.2017 è pari a:

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

Tab.3 Posti letto anno2017

Nel 2017 i pazienti ricoverati sono stati 34.027 e gli interventi chirurgici 27.231.

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 135.000 persone all'anno. Il 13% degli accessi esita in ricovero.

	Numero Accessi	di cui OBI	di cui esitati in ricovero
Presidio ospedaliero di rete Bassano	59.925	6.535	7.564
Presidio ospedaliero di rete Santorso	62.032	5.766	8.816
Ospedale nodo di rete Asiago	13.140	1.682	1.303
TOTALE Azienda ULSS 7	135.097	13.983	17.683

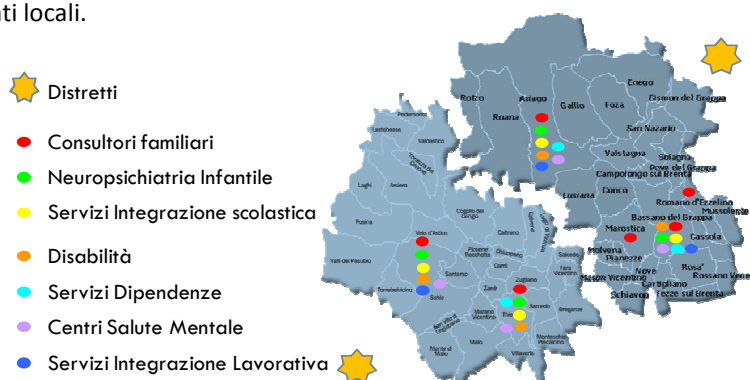
Tab.4 Accessi PS anno 2017

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. 35 Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti con 3.086 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 8.700 utenti per oltre con 144.000 accessi annui a domicilio da parte di operatori sanitari dei quali l'90% è rivolto ad assistiti con più di 65 anni.
- L'assistenza ai Disabili** erogata mediante n.19 Strutture Residenziali con totali n.331 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 dei due Distretti 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, 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 da tempo presenti nel territorio del Distretto n.2 e da settembre 2017 anche nel Distretto n.1. 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 dall'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.238 Medici di Medicina Generale;
- n.89 Medici Specialistici Ambulatoriali;
- n.44 Pediatri di Famiglia;
- n.67 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 del Distretto n.2 e n.2 nel bacino del Distretto n.1.

L'Assistenza Primaria ed il Governo Clinico ma anche tutte le altre U.O. Complesse / Semplici Territoriali hanno 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 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 preposta alla promozione della tutela della salute collettiva con l'obiettivo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Il Dipartimento di Prevenzione attua il *Piano Della Prevenzione Aziendale* elaborato secondo le linee guida regionali e nazionali 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;
- 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'Ulss n.7 sono presenti n. 3 sedi principali del Dipartimento di Prevenzione (Thiene, Asiago, Bassano), n. 15 sedi per i servizi di vaccinazione e ulteriori 4 sedi per l'erogazione delle prestazioni veterinarie.

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

	Popolazione Distretto 1 (ex ulss 3)	Popolazione Distretto 2 (ex ulss 4)	Obiettivo Regionale
Screening Mammografico	81,9%	79,1%	80%
Screening Citologico	60,0%	73,5%	60%
Screening Colon retto	71,9%	74,9%	65%

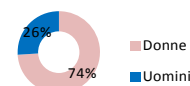
Tab.5 Tassi adesione Screening – anno 2017 - 12 mesi (dato provvisorio, soggetto a variazione poiché sono ancora in corso solleciti ed esami di fine 2017)

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.

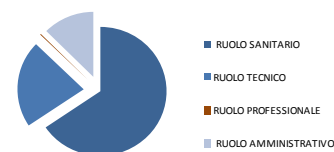
Il personale dipendente al 01.01.2018 è pari a n. 3.998 unità (n. 2011 dell'Azienda ex Ulss n. 3 e n. 1987 dell'Azienda ex Ulss n.4), dei quali n. 562 appartengono all'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Per quanto riguarda la composizione del personale fra i due generi, il dato generale conferma una maggior presenza delle donne che sono il 74 % del personale, contro il 26% 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	66,9%	21,4%	0,2%	11,6%



Tab.6 Composizione ruoli personale dipendente

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

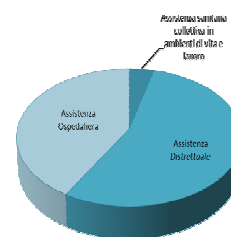
Dal punto di vista economico-finanziario, l'analisi comparata del bilancio consuntivo dell'anno 2016 (delle Aziende ex Ulss n.3/ex Ulss n.4) e del IV Conto Economico Preventivo Annuale 2017 dell'Azienda Ulss n.7(trasmesso in Regione il 26/01/2018) evidenzia un peggioramento dei risultati d'esercizio dovuto essenzialmente a voci non direttamente attribuibili alla gestione ordinaria quali l'aumento dell'accantonamento per la copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) e l'incremento degli accantonamenti per rinnovi contrattuali del personale dipendente.

	Conto Economico Anno 2016	CEPA IV Trimestre 2017
Valore della produzione	645.103.701	649.306.954
Costo della produzione	652.942.007	656.163.074
Proventi e oneri finanziari	- 55.217	
Proventi e oneri straordinari	3.431.421	179.173
Imposte e tasse	13.384.502	13.404.353
Risultato d'esercizio	- 17.846.605	-20.081.301

Tab.7 Conto Economico anno 2016 (Bilanci delle Aziende ex Ulss n.3 ed ex Ulss n.4) e VI Trimestre 2017 (Azienda Ulss 7)– Area Sanitaria. Le voci proventi e oneri finanziari e straordinari dell'anno 2017 saranno definiti in fase di consuntivo

Per quanto riguarda la **distribuzione dei costi per macroarea di assistenza** (da modello Ministeriale L.A. anno 2016 di rilevazione dei costi per livello di assistenza), si evidenzia l'andamento delle due ex Aziende:

Ex Ulss n.3	ANNO 2016 Area in %	Ex Ulss n.4
3,2%	Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	4,1%
55,6%	Assistenza Distrettuale	53,1%
41,2%	Assistenza Ospedaliera	42,8%



Tab.8 Distribuzione (in migliaia di €) dei costi del Modello Ministeriale L.A.2016 (ultima elaborazione 26/05/2017)

Con riferimento 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 2017 pari a -22,15 giorni rispetto alla scadenza.

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 2018:

- ▶ **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 246 del 07.03.2017** che definisce gli Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le ULSS del Veneto per l'anno 2017 e che resta valida fino ad approvazione degli obiettivi per l'anno 2018.
- ▶ **Decreto n.8 del 22.01.2018** 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.

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

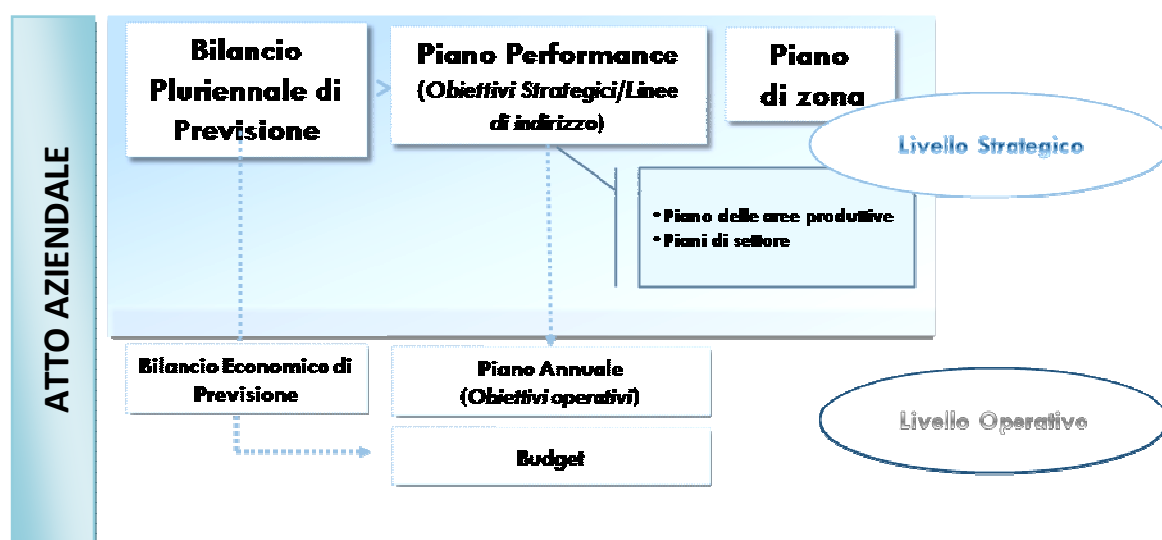
3.A Gli aspetti metodologici

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.

L'Atto Aziendale è lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo e descrive il modello che l'Azienda intende realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza, efficacia e miglioramento continuo dell'assistenza. Con delibera del Direttore Generale n.41 del 18 gennaio 2018 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda ULSS n.7 la cui attuazione rappresenta un obiettivo prioritario nel corso del 2018.

La riorganizzazione conseguente all'adozione dell'Atto Aziendale richiede un necessario aggiornamento degli incarichi dirigenziali delle strutture non ospedaliere che comporta l'avvio di numerose procedure di selezione, interne ed esterne, che inevitabilmente implica un rallentamento delle attività operative, garantite da dirigenti facenti funzione.

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 pianificazione triennale in ambiti aziendali di supporto all'area produttiva e rappresentano il collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa per specifici ambiti di competenza, fino alla definizione degli obiettivi di budget delle strutture operative coinvolte negli stessi.

A partire da settembre 2017 è stato avviato un percorso formativo finalizzato alla strutturazione e alla stesura dei seguenti Piani di Settore:

- *Prevenzione della corruzione*
- *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*

Tali Piani sono in corso di approvazione e saranno il riferimento per la negoziazione degli obiettivi di budget.

Per quanto riguarda i **Piani di Area** (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi tecnico-amministrativi), questi saranno sviluppati nel corso del 2018 e conteranno gli obiettivi strategici per il prossimo triennio.

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 Ciclo di gestione delle performance”, 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

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 2018-2020.



1. Integrazione dei servizi

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 coerentemente con la riorganizzazione prevista dal nuovo Atto Aziendale.

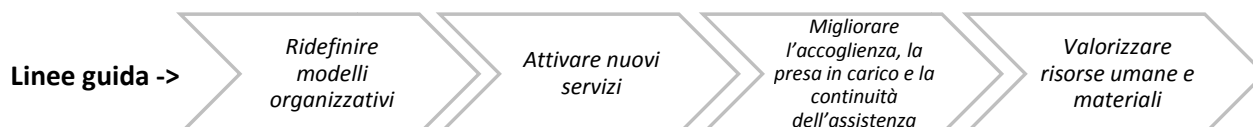
Slogan -> UNA NUOVA AZIENDA ULSS



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.

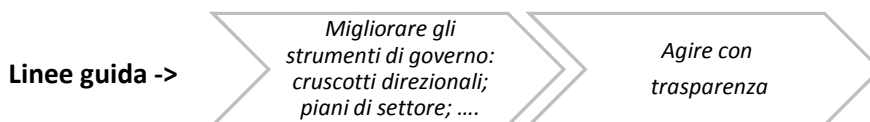
Slogan -> A NUOVI BISOGNI NUOVE RISPOSTE



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'



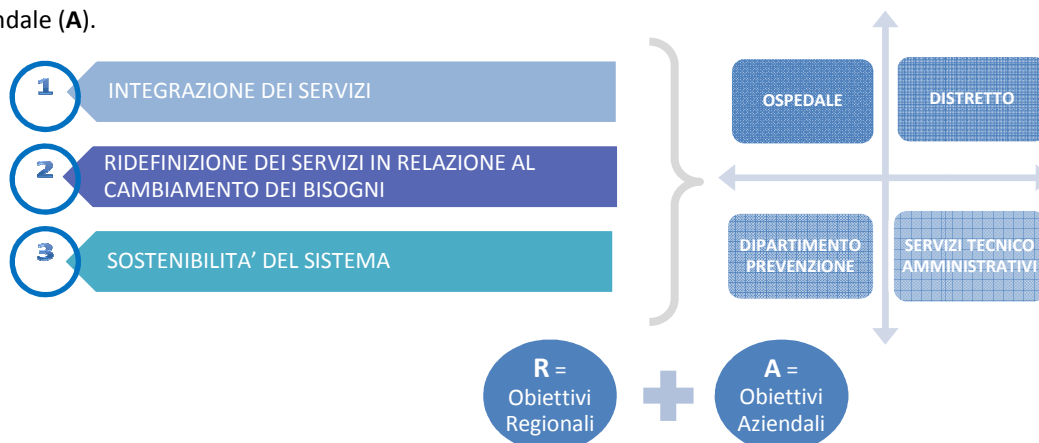
3.C Gli Obiettivi Operativi

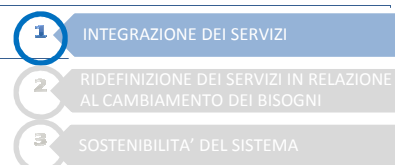
3.C.1 Obiettivi relativi alle aree produttive

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 2018 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 2018, 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** che verranno declinati all'interno delle schede di budget delle Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali. Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGRV n. 246 del 07.03.2017 per l'anno 2017 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 2018.

Gli obiettivi operativi definiti vengono esplicitati e specificati per le diverse aree produttive aziendali (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Tecnico Amministrativi) e vengono distinti a seconda dei seguenti elementi di input: 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**).



Obiettivo Strategico 1 :Integrazione dei servizi**1.A) Ospedale**

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
1.A.1 Sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra il P.O. Bassano, il P.O. Santorso e l'Ospedale nodo di rete Asiago	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3	>=3	A

1.B) Distretto

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
1.B.1 Definizione organizzazione interna del Distretto	Definizione, approvazione e Attuazione del modello organizzativo definito con il Nuovo Atto Aziendale	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2020	A
1.B.2 Sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate secondo quanto previsto dalla DGR 751/2015	Sviluppo del modello regionale compatibilmente con le risorse economiche disponibili	Attivazione delle MGI programmate	*	*	R

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

1.C) Dipartimento di Prevenzione

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
1.C.1 Definizione organizzazione interna del Dipartimento	Definizione, approvazione e Attuazione del modello organizzativo definito con il Nuovo Atto Aziendale	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2020	A
1.C.2 Sviluppo di procedure/processi integrati e uniformi a livello aziendale	Numero di procedure operative attivate	>=3	>=3	>=3	A

1.D) Servizi Tecnico Amministrativi

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
1.D.1 Sviluppo della nuova organizzazione dei servizi	Attuazione del modello organizzativo definito con il Nuovo Atto Aziendale	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2019	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2020	A
1.D.2 Prosecuzione delle attività di integrazione delle procedure informatiche	Numero procedure informatiche integrate	>=2	>=2	>=2	A
1.D.3 Prosecuzione delle attività di integrazione del Sistema unico amministrativo contabile	Completamento dell'integrazione del Sistema unico di contabilità economico patrimoniale	Rispetto delle attività e delle tempistiche programmate	Rispetto delle attività e delle tempistiche programmate	Rispetto delle attività e delle tempistiche programmate	A

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

- 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

2.A) Ospedale

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
2.A.1 Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione Treemap	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento o degli indicatori critici	R
2.A.2 Attuazione del Progetto Pronto Soccorso	Prosecuzione della realizzazione del Progetto aziendale che prevede la riorganizzazione operativa/edilizia/ tecnologica (Bassano)	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2018	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2019	Implementazione del 100% delle azioni previste per l'anno 2020	A
	Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	90° percentile entro le 4 ore (codice verde e bianco)	*	*	R

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
2.A.3 Revisione e/o attivazione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati	Numero di PDTA revisionati e/o attivati	2	2	2	A
2.A.4 Rispetto alla programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi dei tassi di consumo per branca	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento o degli indicatori critici	A
	Piena implementazione dei pacchetti di Day Service Ambulatoriale	Rispetto delle disposizioni regionali	Rispetto delle disposizioni regionali	Rispetto delle disposizioni regionali	

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

2.B) Distretto

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
2.B.1 Sviluppo Strutture intermedie	Attuazione del Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019 (DGRV 1714 del 24/10/2017)	Attivazione di - n.8 pl ODC Marostica; - n.6 pl ODC Asiago - n.15 pl ODC Santorso	Attivazione di n. 20 pl URT Marostica	*	R
2.B.2 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	>1,51 per 1000 abitanti	*	*	
	Supporto alle attività di presa in carico con il care management e all'utilizzo di strumenti di <i>case-finding</i> per i PDTA e <i>case-mix</i> per la valutazione della performance nel territorio	100% di rispetto delle richieste regionali	100% di rispetto delle richieste regionali	100% di rispetto delle richieste regionali	

* 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 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
2.C.1 Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione	Rispetto delle soglie di copertura vaccinali nei bambini a 24 mesi definite dalla Regione	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	R
	Rispetto della soglia di copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	
	Rispetto dei tassi di adesione definiti dalla Regione per gli Screening	Mammografico ≥ 80% Citologico ≥ 60% Colon-retto ≥ 65%	*	*	
	Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita	Rispetto dei 4 indicatori previsti	Rispetto dei 4 indicatori previsti	Rispetto dei 4 indicatori previsti	

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

2.D Servizi Tecnico Amministrativi

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
2.D.1 Attuazione del nuovo Atto Aziendale	Integrazione delle procedure e delle attività ai fini dell'unificazione dei servizi come previsto dal nuovo Atto Aziendale	Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano attuativo	Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano attuativo	Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano attuativo	A/R

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 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo	Strutture Operative
3.A.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e dei tetti di spesa	Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato, dei tetti di costo definiti dalla Regione e dei tempi di pagamento programmati	Rispetto dei limiti Regionali (Decreto n.8 del 22/01/2018)	Rispetto dei limiti regionali	Rispetto dei limiti regionali		
	Potenziamento del sistema di monitoraggio del Bilancio	Monitoraggio periodico dei costi	Monitoraggio periodico dei costi	Monitoraggio periodico dei costi		
	Monitoraggio ed aggiornamento dei Piani di Razionalizzazione della spesa 2017-2019 (trasmessi in regione con prot. 17440 del 28.02.2017)	Monitoraggio e aggiornamento semestrale	Monitoraggio e aggiornamento semestrale	*	A/R	Tutte le strutture
	Rispetto degli adempimenti previsti per il flusso di contabilità analitica regionale	Rispetto del 100% delle scadenze e conseguimento della valutazione positiva sulla qualità dei dati trasmessi	Rispetto del 100% delle scadenze e conseguimento della valutazione positiva sulla qualità dei dati trasmessi	Rispetto del 100% delle scadenze e conseguimento della valutazione positiva sulla qualità dei dati trasmessi		
	Aderenza agli Indicatori regionali di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici		

ALTRI OBIETTIVI	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo	Strutture Operative
3.A.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli interventi chirurgici (ex L.R. n.30/2016 e DGR 2174/2016 e succ.modifiche e integrazioni))	Rispetto dei tempi d'attesa per prestazioni ambulatoriali per classi di priorità:	Almeno il 90% delle prestazioni traccianti erogato entro i tempi previsti dalla Regione ("B" entro 10gg, "D" entro 30 gg, "P" entro 90) per gli assistiti che accettano la 1° disponibilità	Rispetto delle soglie regionali *	Rispetto delle soglie regionali *	R	Tutte le strutture
		Almeno il 95% delle prestazioni traccianti erogate entro i tempi previsti dalla Regione ("B" entro 20gg, "D" entro 60 gg, "P" entro 120) anche per gli assistiti che rifiutano la 1° disponibilità				
	Rispetto Tempi di attesa per interventi chirurgici programmati oncologici e ortopedici come previsto da normativa	Almeno il 95% di rispetto per le classi A (entro 30gg) e B (entro 60 gg) per gli interventi oncologici e ortopedici	Rispetto delle soglie regionali *	Rispetto delle soglie regionali *		
Ulteriori obiettivi operativi e relativi indicatori sono declinati nel Piano di Settore "Gestione delle Attese"						
3.A.3 Corretta compilazione dei Registri Regionali area Farmaceutica	Rispetto delle modalità e delle tempistiche previste per la compilazione dei Registri Regionali	100% degli adempimenti previsti	100% degli adempimenti previsti	100% degli adempimenti previsti	R	Ospedale Distretto
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	Tutte le Strutture
	Ulteriori obiettivi operativi e relativi indicatori sono declinati nel Piano di Settore "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico"					

ALTRI OBIETTIVI	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo	Strutture Operative
3.A.5 Applicazione delle politiche regionali di autoassicurazione	Applicazione del modello di Autoassicurazione regionale ai sinistri sanitari	Nel 100% dei sinistri con monitoraggio dell'andamento	Nel 100% dei sinistri con monitoraggio dell'andamento	Nel 100% dei sinistri con monitoraggio dell'andamento	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: - 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 Rispetto degli adempimenti previsti con riferimento al Questionario LEA	Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della verifica degli adempimenti LEA 2017 ed agli oneri previsti dal Questionario LEA 2018	100% delle attività	100% delle attività	100% delle attività	R	<i>Tutte le Strutture</i>
3.A.9 Anticorruzione e Trasparenza	Implementazione delle azioni previste dai Piani Aziendali	100% delle attività previste per l'anno 2018	100% delle attività previste per l'anno 2019	100% delle attività previste per l'anno 2020	A/R	<i>Tutte le Strutture</i>
	Ulteriori obiettivi operativi e relativi indicatori sono declinati nei Piani di Settore "Prevenzione della Corruzione" e "Trasparenza"					

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

Unitamente agli obiettivi sopra indicati, nel corso del 2018 verranno sviluppati specifici strumenti di programmazione denominati "Piani di Area" e proseguirà l'attività di monitoraggio delle azioni definite nei "Piani di Settore". Entrambi le tipologie di piani verranno aggiornati 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 di Settore e di Area con le tempistiche di sviluppo e le modalità di monitoraggio degli stessi.

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2018	Soglia 2019	Soglia 2020	Tipo obiettivo
Adozione Piani di Settore: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione della corruzione • 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 • Manutenimento e sviluppo tecnologico • Adeguamento e sviluppo delle strutture edilizie ed impiantistiche 	Monitoraggio dei progetti e delle attività previste	Effettuazione di incontri periodici e monitoraggio bimestrale delle azioni previste	Effettuazione di incontri periodici e monitoraggio bimestrale delle azioni previste	Effettuazione di incontri periodici e monitoraggio bimestrale delle azioni previste	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
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

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 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

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 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.

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 2018:

