REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. **121** /Reg. D.G. Bassano del Grappa, **30/01/2019**

DELIBERAZIONE
del

COMMISSARIO

Nominato con D.P.G.R. n. 124 dell'8/10/2018

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO avv. GIANLUIGI BARAUSSE

DIRETTORE SANITARIO dr.ssa EMANUELA ZANDONA'

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI dott. ALESSANDRO PIGATTO

OGGETTO: UOC Controllo di Gestione - Adozione Piano della Performance anni 2019-2021

f.to IL COMMISSARIO
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
Dr Bortolo Simoni

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Controllo di Gestione, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Michela Piccinini

---

Il dirigente responsabile riferisce quanto di seguito riportato.

Con L.R. 25/10/2016 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 resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi. A far data dal 1° gennaio 2017, l'ULSS n.3 Bassano del Grappa ha modificato la propria denominazione in "*Azienda ULSS n.7 Pedemontana*" incorporando la soppressa ULSS n.4 Alto Vicentino, con conseguente riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari;

L'atto aziendale dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana è stato adottato con delibera del Direttore Generale n. 41 del 18/01/2018 con decorrenza dal 01/02/2018, pertanto è tuttora in corso l'attuazione del provvedimento che di fatto ridefinisce tutta l'organizzazione: dal sistema di funzionamento, all'articolazione gerarchica e funzionale, in particolare nelle aree tecnico-amministrative, nel Distretto e nel Dipartimento di Prevenzione. Non essendo ancora stata rivista la programmazione regionale e rimanendo valide le schede di dotazione ospedaliera da DGR 2122/2013, l'area dell'ospedale è stata meno soggetta a cambiamenti seppure sia stato ridefinito l'assetto dei dipartimenti strutturali e funzionali.

Nella convinzione che la programmazione aziendale favorisca il miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione e valutazione delle performance sistematico e coerente con la nuova organizzazione aziendale sopra citata.

Nella definizione della pianificazione strategica per il triennio 2019-2021 viene fatto riferimento allo scenario normativo di riferimento ed in particolare si ricorda che:

- il D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009 all'art. 10 prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano della performance: documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- la D.G.R.V. n.140 del 16/02/2016 definisce le Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e riporta, nell'allegato A, i riferimenti metodologici e i contenuti essenziali per la redazione del Piano della Performance.

In coerenza con i predetti dettati normativi viene predisposto il "*Piano della Performance 2019-2021",* che si allega al presente provvedimento, con cui si avvia il processo di programmazione per l'anno in corso.

Nel suddetto documento sono infatti indicate le direttive specifiche per consentire ai Direttori di area, Direttori di articolazione aziendale (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione) di concordare con i responsabili di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale obiettivi specifici per l'anno 2019 in relazione alla performance organizzativa.

Nel Piano sono riportati anche gli obiettivi da perseguire e da realizzare nel corso dell'anno, con riferimento alle indicazioni programmatorie ed operative regionali definite con DGRV n. 230 del 06/03/2018 con cui sono stati determinati gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende Sanitarie UU.LL.SS.SS. del Veneto per l'anno 2018, che si intendono validi fino alla pubblicazione della deliberazione regionale che assegna gli obiettivi 2019.

Il piano comprende anche il Ciclo di gestione della Performance, così come previsto dall'art. 4, comma 2°, del D. Lgs. n. 150/2009, che riporta le diverse fasi del sistema di programmazione e controllo, gli strumenti operativi di supporto, il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse e l'utilizzo dei sistemi premianti.

Al Piano della Performance 2019-2021 è altresì allegato il documento che illustra il processo aziendale "*Misurazione del Ciclo delle Performance*" nel quale sono riportati i meccanismi operativi con i quali l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali nonché le condizioni per garantirne il perseguimento.

Il Piano della Performance 2019-2021 dovrà essere pubblicato tempestivamente e conseguentemente è necessario conferire al presente provvedimento l'immediata eseguibilità ai sensi del punto 2) del dispositivo di cui alla deliberazione n. 43 del 27/1/2010.

Per quanto sopra esposto il Dirigente propone di formalizzare l'adozione del **"***Piano della Performance 2019-2021"* nel testo allegato al presente provvedimento

IL COMMISSARIO

Vista la relazione e la proposta del responsabile del procedimento.

Dato atto che il responsabile del servizio competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare.

Visto l'art. 32 della L.R. 9/9/99 n. 46, recante disposizioni sul controllo degli atti delle Aziende Sanitarie.

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza.

DELIBERA

1. di adottare il "*Piano della Performance 2019-2021",* ai sensi dell'art. 10 del D.L.vo 150/2009,nonché di quanto previsto dalla D.G.R.V. 140/2016, nel testo allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;

2. di pubblicare il Piano nel sito web istituzionale, alla sezione "Amministrazione Trasparente" e di darne adeguata comunicazione alle Strutture Aziendali;

3. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi del punto 2) del dispositivo di cui alla deliberazione n. 43 del 27.1.2010;

4. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 43 del 27/1/2010.

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

Piano della Performance 2019-2021

Sommario

1. Introduzione 2
2. Il quadro di riferimento 3
2.A L'Azienda in cifre 3
2.A.1 Il territorio e la popolazione 3
2.A.2 L' organizzazione dei Servizi 5
2.A.3 Il personale dipendente 11
2.A.4 Sintesi dell'andamento dei risultati economici 11
2.B La normativa di riferimento 12
3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio 13
3.A Gli aspetti metodologici 13
3.B La pianificazione strategica 14
3.C Gli obiettivi operativi 16
4. Il ciclo di gestione della performance 23
4.A Sistema di misurazione e valutazione delle performance 23
4.B Metodologia Aziendale del Processo di Budget 25
4.C Timing del processo 27

Allegato 1 : processo "*Misurazione del ciclo della Performance*"

1. Introduzione

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, a decorrere dal 1.1.2017, 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*".

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, al suo terzo di vita, è in piena fase di sviluppo, essendo tuttora in corso l'attuazione del nuovo atto aziendale adottato con del Direttore Generale n. 41 del 18.01.2018 con decorrenza dal 01.02.2018. Si tratta di un cambiamento importante, che ridefinisce di fatto tutta l'organizzazione, dal sistema di funzionamento, all'articolazione gerarchica e funzionale, in particolare nelle aree tecnico-amministrative, nel Distretto e nel Dipartimento di Prevenzione. Non essendo ancora stata rivista la programmazione regionale e rimanendo valide le schede da DGR 2122/2013, l'area dell'ospedale è meno soggetta a cambiamenti seppure sia stato ridefinito l'assetto dei dipartimenti strutturali e funzionali.

In tale contesto, in una organizzazione ove sono tuttora in corso i processi di integrazione e omogeneizzazione dei percorsi clinici dei pazienti delle due ex Aziende Ulss 3 Bassano del Grappa ed Ulss 4 Alto Vicentino, il collegamento tra obiettivi, risorse assegnate e sistema di valutazione risulta essere un passaggio fondamentale per la riorganizzazione dei servizi. Il Piano delle Performance 2019 – 2021 parte da questi presupposti prevedendo che una parte consistente degli obiettivi della programmazione triennale sia proprio ricompresa all'interno di tali processi di cambiamento, con obiettivi di integrazione, razionalizzazione, centralizzazione dei servizi, messa in rete delle risorse e delle competenze o l'avvio di funzioni completamente nuove.

Gli obiettivi strategici individuati non si discostano comunque molto dal precedente Piano della Performance 2018– 2020, e si articolano nei seguenti punti: *governo dell'offerta, dell''appropriatezza e dei tempi d'attesa; rispetto dell'equilibrio di bilancio e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari; sviluppo dell'assetto territoriale e dell'integrazione Ospedale-Territorio; promozione della salute attraverso la prevenzione; sviluppo del nuovo sistema organizzativo e valorizzazione delle eccellenze; rispetto degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza ed anticorruzione.*

Il Piano delle Performance del triennio 2019-2021 è stato redatto secondo le linee guida nazionali e regionali di riferimento ed in particolare secondo quanto previsto dalla DGR 140 del 16/2/2016 e si articola in quattro sezioni: un'introduzione con richiami normativi e metodologici, il contesto in cui agisce la programmazione (quadro di riferimento), le linee programmatiche per il triennio, il ciclo di gestione della performance.

2. Il quadro di riferimento

Il **Piano della Performance 2019-2021**, 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 2019-2021 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 2019.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali, con relativi indicatori e target di riferimento. Il Piano Performance comprende il **Documento delle Direttive** che esplicita per l'anno 2019 gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi che saranno inseriti nelle schede di budget delle Strutture Operative.

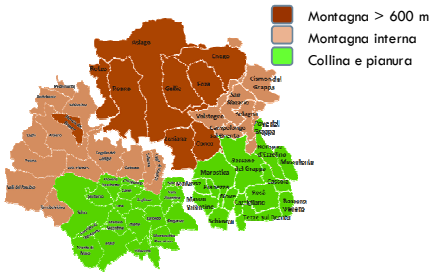
Il monitoraggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto dei target definiti è supportato dal *Sistema di Reporting aziendale,* con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Strutture Operative, e dal *Cruscotto direzionale* alimentato attraverso il sistema informativo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

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 è composta da 60 Comuni con una superficie totale di 1.482,98 Kmq di cui 938,47 Kmq (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 da aree collinari e pianeggianti a sud, implicano una complessa viabilità, soprattutto nel periodo invernale, con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda.



E' garantita l'assistenza sanitaria e socio sanitaria ad una popolazione di 366.505 residenti all'1.01.2018, di cui poco più di 180 mila nei 28 Comuni del Distretto 1 (D1; ex ulss 3) e di oltre 186 mila nei 32 Comuni del D2 (ex ulss 4).

La popolazione anziana (>65 anni) si ritiene assestata sul 21,5% del totale; gli over 75 sono ormai quasi l'11% degli abitanti.

La popolazione residente mostra pertanto la seguente distribuzione per aree distrettuali, da cui si denota una leggera contrazione nel biennio.

Popolazione residente	**all' 1.01.2017**	**all' 1.01.2018**
Tot. area distretto 1 (ex Azienda ULSS 3 - 28 Comuni)	180.336	180.160
Tot. area distretto 2 (ex Azienda ULSS 4 - 32 Comuni)	187.019	186.345
Azienda ULSS 7 Pedemontana	**367.355**	**366.505**

L'indice di vecchiaia, con gli ultimi dati disponibili all'1.01.2017, era al 150,6 per cento, mostrando comunque un trend in continua crescita, determinato dall'aumento della popolazione ultra 65enne e dalla diminuzione dei minori fino a 14 anni.

Si riportano i dati dell'ultimo triennio disponibile.

	Anno 2015	**Anno 2016**	**Anno 2017**
Residenti 0-14 anni	54.845	53.520	52.463
Residenti >= 65 anni	76.393	77.688	78.997
TOTALE popolazione	**369.019**	**367.961**	**367.355**
Indice di vecchiaia %	**140**	**145**	**150,6**

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

Si presenta di seguito tale popolazione, confrontata con quella residente negli ultimi 2 anni.

	Popolazione		***% Assistita su Residente***
	ASSISTITA *	**RESIDENTE**	
all'1.01.2017	361.411	367.355	98,4%
all'1.01.2018	360.267	366.505	98,3%

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

La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari residenti nei Comuni dell'ULSS, risulta di poco più di 31.000 unità, pari all'8,3% del totale, pressoché stabile negli ultimi due/tre anni, ma in calo nell'ultimo decennio, in particolare nel quinquennio più recente.

Le rappresentanze più numerose sono costituite dai cittadini di Romania, Marocco, Serbia e Bangladesh, seguiti da quelli di Moldavia, Bosnia-Erzegovina e Ghana.

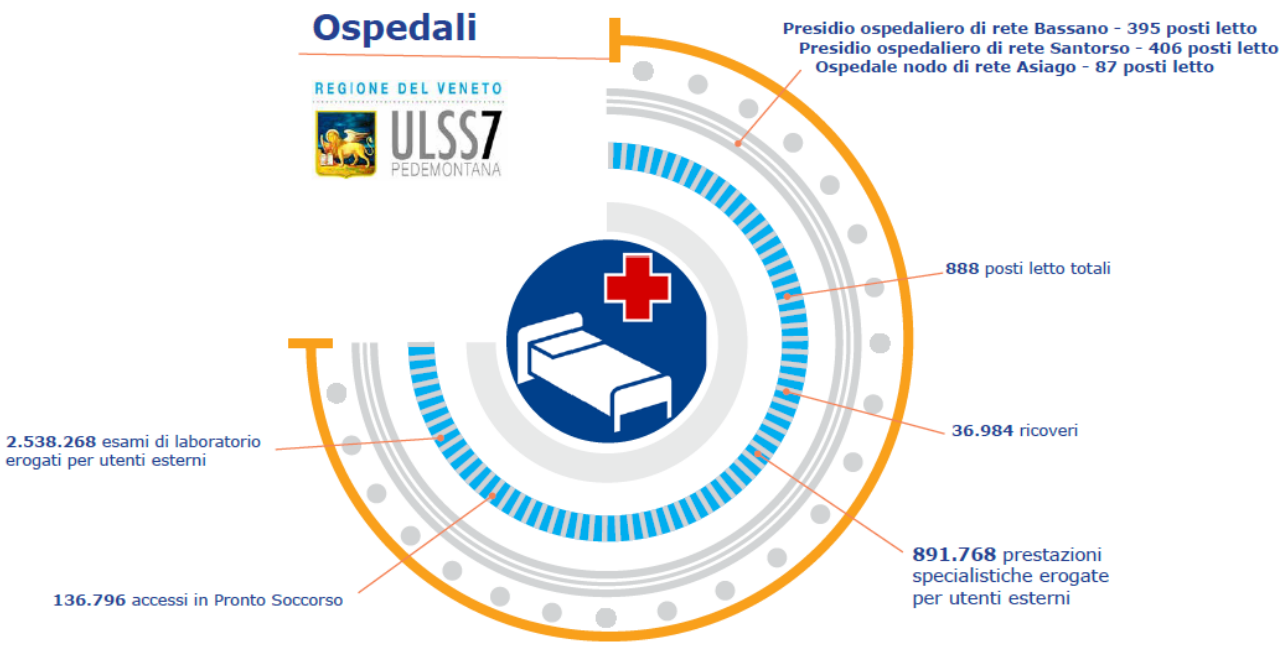
2.A.2 L' organizzazione dei Servizi

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 Presidi Ospedalieri, con sede a **Bassano del Grappa, Santorso e Asiago**, con i seguenti volumi per macroattività:



La dotazione complessiva di posti letto al 1.1.2018 è di 888, di cui 837 ordinari e 51 per degenze diurne, distribuiti come segue:

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**

Sono presenti inoltre 64 posti-culla di assistenza neonatale (40 a Santorso, 20 a Bassano, 4 ad Asiago).

I ricoverati sono stati nell'ultimo anno 36.984, suddivisi come nella tabella sottostante, e gli interventi chirurgici circa 22.700.

Ricoveri	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Diurni	Totale Ricoveri
Presidio ospedaliero di rete Bassano	14.505	1.630	16.135
Presidio ospedaliero di rete Santorso	16.178	2.218	18.396
Ospedale nodo di rete Asiago	2.098	355	2.453
TOTALE Azienda ULSS 7 Pedemontana	**32.781**	**4.203**	**36.984**

L'Ospedale garantisce altresì assistenza e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso nelle 3 sedi ospedaliere, con oltre 136.700 accessi nell'ultimo anno, il 13% di questi esita in ricovero.

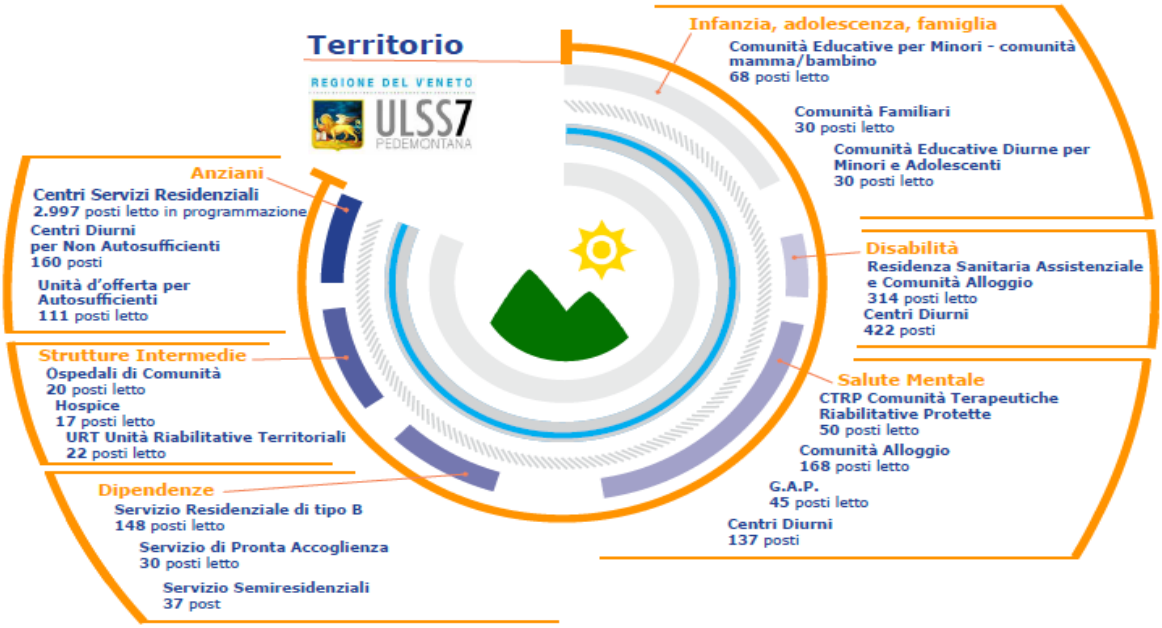
Accessi Pronto Soccorso	Numero Accessi	*di cui OBI*	di cui esitati in ricovero
Presidio ospedaliero di rete Bassano	56.970	7.070	7.043
Presidio ospedaliero di rete Santorso	66.854	6.021	9.112
Ospedale nodo di rete Asiago	12.972	1.750	1.259
TOTALE Azienda ULSS 7 Pedemontana	**136.796**	**14.841**	**17.414**

Rispetto al livello di urgenza all'entrata, gli accessi presentano la seguente distribuzione per codice triage:

Codice triage	Codice rosso	Codice giallo	Codice verde	Codice bianco
Presidio ospedaliero di rete Bassano	913	12.969	4.018	39.070
Presidio ospedaliero di rete Santorso	559	8.629	32.225	25.441
Ospedale nodo di rete Asiago	89	1.766	4.212	6.905
TOTALE Azienda ULSS 7 Pedemontana	**1.561**	**23.364**	**40.455**	**71.416**

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 Bassano del Grappa ed Ulss n.4 Alto Vicentino. 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.



Afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- *l'assistenza agli anziani* erogata mediante n. 37 Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti con 2.997 posti letto totali in programmazione (compresi per religiosi/e). Nel territorio sono inoltre presenti: 2 strutture per la "*Alta Protezione Alzheimer*" con in totale n.18 posti letto e 2 strutture per gli "*Stati Vegetati Permanenti*" con totali 14 posti letto, 8 unità di offerta per anziani autosufficienti con totali 111 posti letto, 10 centri diurni attivi per non autosufficienti con in totale 160 posti;
- l'assistenza *sanitaria domiciliare* è garantita ad oltre 10.000 utenti, con circa 160.000 accessi a domicilio all'anno da parte di operatori sanitari, dei quali quasi il 90% è rivolto ad assistiti con più di 65 anni;
- *l'assistenza ai Disabili*, erogata mediante n.18 unità di offerta residenziali con 314 posti letto in totale e 19 centri diurni per persone con disabilità per 422 posti. Vengono inoltre erogati servizi specifici di promozione e integrazione delle persone con disabilità (in particolare: integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica);
- *l'assistenza psichiatrica* viene garantita ad oltre 6.000 pazienti, 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, sempre più complessi e vari, necessitano di approcci interdisciplinari, che sono garantiti dai Servizi dedicati presenti nei due distretti dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana ad oltre 2.000 utenti all'anno;

- 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 (con 6 sedi principali), 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;
- le strutture di cure intermedie che offrono assistenza a pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione:
  - l'*Ospedale di Comunità* a Marostica con 20 posti letto;
  - l'*Unità Riabilitativa Territoriale (URT)* a Malo con 22 posti letto.
  - l'*Hospice*: n. 2 strutture con un totale di 17 posti letto;
- *l'assistenza specialistica* è garantita con strutture proprie aziendali - poliambulatori ospedalieri e territoriali - e con centri privati accreditati presenti nel territorio del Distretto 2 e, da settembre 2017, anche in quello del Distretto 1. Nelle strutture presenti nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana sono erogate complessivamente circa 3.450.000 prestazioni per esterni all'anno a pazienti ambulatoriali (incluse quelle di laboratorio). Infine, per l'erogazione di tale assistenza, contribuiscono 80 Medici Specialisti Ambulatoriali (SAI), nonché 10 Psicologi, sempre con contratto SAI presso il distretto 2, che svolgono la loro attività nei diversi servizi territoriali.

Un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale è ricoperto dall'*assistenza primaria* garantita mediante l'attività dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei medici del servizio di continuità assistenziale (CA) che effettuano le prestazioni di primo livello, nonché l'invio ai servizi specialistici. Nella Azienda ULSS n. 7 Pedemontana le attività di assistenza primaria sono assicurate da: n. 235 Medici di Medicina Generale, n. 44 Pediatri di Famiglia e n. 63 Medici di Continuità Assistenziale.

E' costante l'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria, con il consolidamento delle reti e l'integrazione tra servizi ed, 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. 12 medicine di gruppo, di cui n. 3 nel Distretto 1 e n. 9 nel Distretto 2.

Strumento indispensabile per finalizzare quanto sopra, è l'utilizzo della Centrale Operativa Territoriale, quale servizio attivato per assicurare una risposta appropriata e continuativa alla persona "fragile", che, collegando l'Ospedale, i MMG ed i Servizi Territoriali, espleta le funzioni di gestire la dimissione ospedaliera verso le strutture di cura "protette" residenziali o intermedie o verso il domicilio e di 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, della sicurezza nei luoghi di lavoro, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Il Dipartimento di Prevenzione attua il *Piano Della Prevenzione Aziendale* 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'ULSS7 7 Pedemontana sono presenti n. 3 sedi principali del Dipartimento di Prevenzione (a Thiene, Bassano ed una sede in area montana ad Asiago), n.15 sedi per i servizi di vaccinazione e ulteriori 4 sedi per l'erogazione delle prestazioni veterinarie. Si riporta di seguito, a livello macro, ila dimensione delle principali attività svolte Dipartimento di Prevenzione:

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:

	Tasso adesione agli screening	Valore soglia Regione
Screening mammografico (donne tra 50-69 anni)	**81,30%**	**80%**
Screening citologico (donne tra 25-64 anni)	**65,30%**	**60%**
Screening colon-retto (donne e uomini tra 50-69 anni)	**67,30%**	**65%**

Dato preconsuntivo anno 2018

Con riferimento all'attività vaccinale, Il valore percentuale previsto dagli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV 230 del 2018, non è stato complessivamente soddisfatto per l'anno 2018, come avviene ormai da diversi anni:

	Dati 2018	Valore soglia Regione
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	**90,7%**	**95%**
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo parotite rosolia (MPR)	**89,4%**	**95%**

Dato disponibile a gennaio 2019, fonte Regione Veneto

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

E' da considerare, inoltre, il maggior impegno profuso dai Servizi Vaccinali per ottemperare agli adempimenti conseguenti alla Legge n. 119 del 31 luglio 2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale.

Le iniziative per favorire l'accesso alle vaccinazioni sono state diverse: tra le più significative si segnala l'impegno di ampliare l'offerta vaccinale con la proposta di giornate "*Open Day*" (nelle date 12 e 19 settembre, 10 e 17 ottobre 2018) con libero accesso per tutti coloro realmente interessati a regolarizzare la propria posizione.

Per quanto concerne la Vaccinazione antinfluenzale, anch'esso obiettivo assegnato dalla Regione Veneto, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica ha rafforzato la comunicazione con i MMG e PLS con nota del 19 ottobre 2018 con la quale si evidenziava il ruolo preventivo della campagna, intesa sia alla riduzione del rischio individuale che alla diminuzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

2.A.3 Il personale dipendente

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

Il personale dipendente al 31.12.2018 è pari a n. 3.971 unità, dei quali n. 566 appartengono all'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

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

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

	Ruolo Sanitario	**Ruolo Tecnico**	**Ruolo Professionale**	**Ruolo Amministrativo**
Azienda Ulss n.7	67,3%	21,2%	0,2%	11,3%

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

Dal punto di vista economico-finanziario, l'analisi comparata del bilancio consuntivo dell'anno 2017 e del IV Conto Economico Preventivo Annuale 2018 dell'Azienda Ulss n.7 (trasmesso in Regione il 25/01/2019) evidenzia un peggioramento del risultato d'esercizio dovuto essenzialmente a minori finanziamenti regionali erogati nel 2018 a copertura dei costi per l'erogazione dei LEA, ad un peggioramento dei dati di mobilità rispetto all'anno 2017 e ai proventi/oneri straordinari.

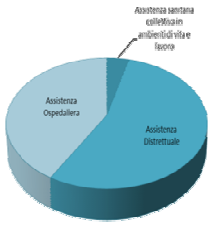
Con riferimento ai costi della produzione, si evidenzia lo sforzo fatto ai fini della razionalizzazione dei costi tenuto conto della necessità di dare attuazione a disposizioni regionali che hanno comportato un aumento dei costi di produzione, nonché della doverosa prosecuzione delle attività aziendali avviate negli anni precedenti.

	Conto Economico Anno 2017	***Conto Economico Preventivo Annuale IV Trimestre 2018***
Valore della produzione	663.995.699	651.491.181
Costo della produzione	657.059.142	661.255.315
Proventi e oneri finanziari	3.587	4.083
Proventi e oneri straordinari	7.188.906	802.461
Imposte e tasse	14.075.783	13.875.530
Risultato d'esercizio	**53.267**	**-22.833.120**

Fonte Bilancio Sanitario

Per quanto riguarda la **distribuzione dei costi per macroarea di assistenza** (da modello Ministeriale L.A. anno 2017 di rilevazione dei costi per livello di assistenza), si evidenzia la seguente distribuzione di risorse per macroarea:

Area di assistenza	**% distribuzione costi**
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	**3,6%**
Assistenza Distrettuale	**54,3%**
Assistenza Ospedaliera	**42,1%**



Fonte Modello Ministeriale L.A.2017 (ultima elaborazione 28/05/2018)

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 2018 pari a *-24,68* 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 2019:

- **L.R. 19 del 25.10.2016** con la quale viene istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "*Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero*" e vengono individuati i nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.
- **D.G.R.V. 2174 del 23.12.2016** con la quale sono vengono approvate misure riguardanti vari ambiti della sanità regionale in gran parte correlate alla definizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS disposta dalla L.R. 25 ottobre 2016, n.19.
- **Legge n. 30 del 30.12.2016** collegata alla Legge di stabilità del Veneto 2017
- **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 230 del 06.03.2018** che definisce gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le ULSS del Veneto per l'anno 2018 e che resta valida fino ad approvazione degli obiettivi per l'anno 2019.
- **Decreto n.113 del 14.09.2018** relativo alla determinazione del tetto di costo del personale dipendente del SSR per l'anno 2018.
- **Decreto n.117 del 8.10.2018** relativo alla determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari per l'anno 2018 per le aziende Ulss ed Ospedaliere e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto

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

- **D. Lgs n. 118 del 23.06.2011**, che al titolo II detta disposizioni sui "principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;
- **D.L. n. 95 del 6.7.2012** ("*spending review*") convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n. 135 che, con la **L. 24 dicembre 2012 n. 228** (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- **Legge n.190 del 06.11.2012** "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" che ha innovato la disciplina dei reati dei pubblici ufficiali nei confronti della pubblica amministrazione
- **D. Lgs. n.33 del 14 marzo 2013** "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*" che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, aggiornato con **D. Lgs 97 del 25.05.2016**.

3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio

3.A Gli aspetti metodologici

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

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

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

- *Bilancio Pluriennale di Previsione* che fornisce la previsione dell'equilibrio economico, finanziario e patrimoniale per il triennio di riferimento.
-
- *Piano di Zona dei servizi alla persona*, quale strumento di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria.

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

Il Ciclo della Performance di 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

Le principali linee programmatiche individuate per il prossimo triennio sono

1. Governo dell'offerta, dell'appropriatezza e dei tempi di attesa

Il governo dell'offerta è finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, di trasparenza del sistema e di rispetto delle classi secondo gli standard definiti dalla L.R. n.30/2016 e DGR 2174/2016. Rientrano pertanto in quest'area gli obiettivi di rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza nonché il rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali per interventi chirurgici e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale nonché di permanenza in Pronto Soccorso.

2.Rispetto dell'equilibrio di bilancio e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

La riorganizzazione dei servizi e la messa in atto delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi riportati nel presente documento deve essere attuata salvaguardando gli equilibri di bilancio e nel rispetto dei vincoli di costo definiti annualmente dalla Regione. Obiettivo primario per l'Azienda è infatti il miglioramento continuo dell'efficienza dei servizi sanitari compatibilmente con le risorse assegnate con specifici provvedimenti.

3. Sviluppo dell'assetto territoriale e dell'integrazione Ospedale-Territorio

L'area territoriale è stata quella maggiormente coinvolta nella riorganizzazione aziendale effettuata con il nuovo Atto Aziendale (adottato con delibera n.41del 18.01.2018). In tale ambito è pertanto necessario proseguire con le azioni finalizzate alla revisione dei modelli in essere e alla costruzione delle reti di

collaborazione. Le aree di interesse sono molte, tra le quali, l'assistenza ai pazienti fragili, l'assistenza ai minori, la salute mentale e le dipendenze, l'area della protesica e della continuità delle cure. In ognuno di questi ambiti prioritari occorre procedere verso una omogeneizzazione, dai criteri di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali, alla filiera di gestione del minore, all'assistenza protesica.
Un intervento strategico riguarda anche la migliore gestione ed integrazione dell'ospedale con le strutture del territorio, uniformando ed informatizzando le dimissioni protette, per garantire percorsi facilitati per i pazienti più deboli, evitando la re-ospedalizzazione.

4. Promozione della salute attraverso la prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è chiamato ad una sfida su molteplici fronti: vi è il recupero delle coperture vaccinali al fine del rispetto delle percentuali soglia regionale tenendo conto che l'attività dovrà essere sviluppata coerentemente con il Nuovo Piano Nazionale Vaccini. Proseguiranno inoltre tutte le l'attività relative alla promozione della salute e ai programmi di screening oncologici, i cui risultati fino ad oggi sono stati più che in linea con le indicazioni regionali. Verrà altresì data piena attuazione ai programmi di prevenzione e promozione della salute previsti dalla normativa regionale

5. Sviluppo del nuovo sistema organizzativo e valorizzazione delle eccellenze

La riforma del sistema socio-sanitario Veneto, attuata con la L.R. 19/2016, ha ridefinito l'offerta del servizio sanitario regionale in una logica di sistema e di rete, nonché di ambiti territoriali più estesi, finalizzata ad assicurare complessivamente un'offerta più adeguata ai bisogni dei cittadini e ad un'ottimizzazione delle risorse organizzative e finanziarie. Il potenziamento delle reti assistenziali resta in quest'ottica un punto fondamentale della programmazione 2019-2021, da perseguire grazie al costante confronto delle *best practice*, la condivisione delle tecnologie e la definizione dei percorsi del paziente. Questo consente anche di massimizzare l'utilizzo delle grandi apparecchiature e di sviluppare la crescita complessiva dell'Azienda da un punto di vista professionale.
Va infine posta in evidenza la realizzazione del nuovo ospedale di Asiago, il cui completamento è previsto entro il 2019. La specificità montana del territorio è valorizzata con la costruzione della nuova struttura in grado di valorizzare al meglio le attività già presenti in ambito sanitario.

6. Rispetto degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza ed anticorruzione

Gli obiettivi definiti nel presente Piano triennale della Performance sono necessariamente collegati con gli obiettivi indicati nel Piano triennale di Prevenzione della Corruzione. Obiettivo primario per l'Azienda è infatti garantire la massima coerenza all'interno del sistema sotto il profilo delle politiche sulla performance con azioni che favoriscono la prevenzione della corruzione e con misure di prevenzione tradotte in obiettivi organizzativi e individuali specifici.

Nello sviluppo delle tematiche sopra riportate, particolare attenzione verrà posta a quanto previsto dagli obiettivi regionali e, con particolare riferimento ***all'area amministrativa e tecnica, a quanto rientra o si collega potenzialmente con le competenze dell'Azienda Zero***: gli acquisiti, la selezione del personale, l'area della formazione, l'accreditamento, l'Health Technology Assessment (HTA), la logistica, le relazioni con i cittadini (URP), l'area informatica e la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.

3.C Gli obiettivi operativi

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 2019 (Documento delle Direttive) 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;
- ⇨ 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 (indicati di seguito con la lettera "R" nella colonna "*Tipo obiettivo*"). Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGRV n.230 del 6.3.2018 per l'anno 2018 e verranno puntualmente aggiornati con le modifiche e le integrazioni contenute nel provvedimento con cui la Regione determinerà i criteri di valutazione delle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2019. Vengono altresì tenuti validi i prerequisiti all'accesso al sistema premiante definiti dalla DGRV 230/2018, quali il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato e il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, riportati nelle tabelle seguenti con l'indicazione "*Prerequisiti*" nella colonna "*Tipo obiettivo*".

1. Governo dell'offerta, dell'appropriatezza e dei tempi di attesa

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
1.1 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 ("B" entro 10gg, "D" entro 30gg, "P" entro 90gg) per gli assistiti che accettano la 1° disponibilità Almeno il 95% delle prestazioni traccianti erogate entro i tempi previsti ("B" entro 20gg, "D" entro 60 gg, "P" entro 120gg) per gli assistiti che accettano o rifiutano la 1° disponibilità	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Ospedale/ Distretto	R
	Rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni di controllo	Predisposizione di percorsi di presa in carico dei pazienti da parte dello specialista al fine del rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni di controllo come indicato nella prescrizione	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Ospedale/ Distretto	R
	Rispetto Tempi di attesa per interventi chirurgici programmati oncologici e ortopedici come previsto da normativa	Almeno il 90% di rispetto per tutte le classi di priorità per gli interventi oncologici. Almeno il 90% di rispetto per le classi di priorità A e B per gli interventi NON oncologici	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Rispetto dei valori soglia regionali e nazionali	Ospedale/ Distretto	R

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
1.2 Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale	Rispetto degli standard di miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca	Rispetto delle soglie regionali in merito al tasso grezzo di consumo di specialistica ambulatoriale (escluso laboratorio, controlli e screening)	*	*	Ospedale/ Distretto	R
1.3 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	Rispetto della durata di accesso in Pronto Soccorso (DGRV 1513/2014)	90° percentile entro le 4 ore (codice verde e bianco)	*	*	Ospedale	R

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

2. Rispetto dell'equilibrio di bilancio e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e dei tempi di pagamento programmati	Rispetto del risultato economico programmato	Pareggio di bilancio	Rispetto del vincolo di bilancio assegnato	Rispetto del vincolo di bilancio assegnato	Tutte le aree	Pre requisito
	Variazione annuale del costo della produzione (calcolato secondo indicazioni regionali)	Variazione del costo della produzione <=0	Variazione del costo della produzione <=0	Variazione del costo della produzione <=0	Tutte le aree	R
	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Indicatore di tempestività dei pagamenti <=0	Indicatore di tempestività dei pagamenti <=0	Indicatore di tempestività dei pagamenti <=0	Servizi Tecnico Amministrativi	R
2.2 Rispetto dei tetti di costo definiti dalla Regione	Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale	Rispetto del tetto di costo del personale	Rispetto del tetto di costo del personale	Rispetto del tetto di costo del personale	Servizi Tecnico Amministrativi	R
2.3 Rispetto dei tetti di costo definiti dalla Regione	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Rispetto dei limiti regionali	Rispetto dei limiti regionali	Rispetto dei limiti regionali	Tutte le aree	R
	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	Ospedale/ Distretto	R
	Rispetto delle modalità e delle tempistiche previste per la compilazione dei Registri AIFA	100% di rispetto della compilazione e recupero dei rimborsi MEA	100% di rispetto della compilazione e recupero dei rimborsi MEA	100% di rispetto della compilazione e recupero dei rimborsi MEA	Ospedale	R

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
2.4 Monitoraggio ed aggiornamento dei Piani di Razionalizzazione della spesa 2019-2021	Monitoraggio e aggiornamento semestrale	Monitoraggio e aggiornamento semestrale	*	*	Servizi tecnico amministrativi	
2.5 Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel NSIS	Rispetto delle soglie previste per gli indicatori di monitoraggio dei flussi NSIS	Rispetto del 100% dei criteri di completezza e qualità entro le soglie definite dalla Regione	Rispetto del 100% dei criteri di completezza e qualità entro le soglie definite dalla Regione	Rispetto del 100% dei criteri di completezza e qualità entro le soglie definite dalla Regione	Tutte le aree	Pre requisito

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

3. Sviluppo dell'assetto territoriale e dell'integrazione Ospedale-Territorio

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
3.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	Rispetto dell'orario settimanale MMG/PLS e corretto aggiornamento e caricamento dei dati di tutte le forme associative dei MMG/PLS	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018: - diminuzione o mantenimento rispetto all'anno precedente del costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata; - diminuzione o mantenimento rispetto all'anno precedente del n° annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (escluso laboratorio)	Per ciascuna MGI: - Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata <= anno precedente; - Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (escluso laboratorio) <= anno precedente	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Indice IVAQ : – corretto invio trimestrale dei valori dell'IVAQ conseguiti da tutti i MMG; – raggiungimento soglia annuale per le MGI con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	– 100% degli invii corretti dei valori dell'IVAQ conseguiti da tutti i MMG; – 100% del raggiungimento della soglia annuale per ogni singola MGI	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	mantenimento rispetto al 2018	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	Tasso standardizzato uguale o superiore alla mediana dei tassi standardizzati 2018 delle regioni italiane (fonte Ministero)	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile	≥ 45%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Variazione % rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile	≥ 5%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica	<= 20% o se maggiore riduzione del 5% rispetto al 2018	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Variazione % rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	≥ 5%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie	Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica	<= 25%	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
	Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	<1% rispetto all'anno precedente	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
3.2 Sviluppo della Centrale Operativa Territoriale (COT)	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	Superamento della visita ispettiva con esito positivo e, in caso di riscontro di inadempienze, risoluzione delle stesse entro 30 gg dalla segnalazione	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
3.3 Sviluppo del modello di gestione della cronicità e della multimorbilità	Utilizzo di sistemi di classificazione della multimorbilità (case-mix) e di gestione della cronicità complessa e avanzata nella popolazione	Produzione del data set ACG completo di tutte le fonti informative disponibili e privo di errori sistematici	Rispetto Programmazione Regionale	Rispetto Programmazione Regionale	Distretto	R
3.4 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. 20 pl URT Marostica	*	*	Distretto	
3.5 Evoluzione programmata e progressiva delle forme associative MMG	Attuazione degli sviluppi programmati nel Piano Cure Primarie 2018-2020 trasmesso in Regione con nota prot.30375 in data 30.3.2018	Attuazione del 100% delle attività previste per il 2019	Attuazione del 100% delle attività previste per il 2020	*	Distretto	

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

4. Promozione della salute attraverso la prevenzione

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
4.1 Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni	Rispetto delle soglie di copertura vaccinali nei bambini a 24 mesi definite dalla Regione	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	Dipartimento Prevenzione	R
	Rispetto della soglia di copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	Dipartimento Prevenzione	R
4.2 Rispetto degli standard di copertura per screening oncologici	Rispetto dei tassi di adesione definiti dalla Regione per gli Screening	Mammografico ≥ 80% Citologico ≥60% Colon-retto ≥65%	*	*	Dipartimento Prevenzione	R
4.3 Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita	Attuazione dei programmi di prevenzione e promozione della salute previsti dalla normativa regionale	Attuazione del 100% delle attività e rispetto degli indicatori regionali previsti	Attuazione del 100% delle attività e rispetto degli indicatori regionali previsti	Attuazione del 100% delle attività e rispetto degli indicatori regionali previsti	Dipartimento Prevenzione	R

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

5. Sviluppo del nuovo sistema organizzativo e valorizzazione delle eccellenze

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
5.1 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 degli indicatori critici	Ospedale/ Distretto	R
5.2 Completamento del nuovo ospedale Asiago	Ultimazione dei lavori del nuovo ospedale di Asiago	Entro giugno 2019	Ultimazione attività accessorie	*	Ospedale/ Servizi tecnico Amministrativi	
5.3 Integrazione dei servizi	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	Numero di percorsi attivati >=3	Numero di percorsi attivati >=3	Ospedale	
	Prosecuzione dell'attuazione del modello organizzativo definito con il Nuovo Atto Aziendale	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2019	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2020	Implementazione delle azioni previste per l'anno 2021	Distretto / Dip. Prevenzione/ Servizi tecnico Amministrativi	
5.4 Revisione e/o attivazione di nuovi Percorsi Diagnostico Terapeutici integrati	Numero di PDTA revisionati e/o attivati	2	*	*	Ospedale/ Distretto	

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
5.5 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	Effettuazione de 100% delle azioni annuali programmate	Effettuazione de 100% delle azioni annuali programmate	Effettuazione de 100% delle azioni annuali programmate	Ospedale	
5.6 Potenziamento dell'utilizzo del robot Da Vinci	Aumento del numero di interventi effettuati con il robot Da Vinci	300 interventi (con utilizzo multidisciplinare)	*	*		

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

6. Rispetto degli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza ed anticorruzione

OBIETTIVO	Indicatore	Soglia 2019	Soglia 2020	Soglia 2021	Aree coinvolte	Tipo obiet.
6.1 Rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza	Attuazione degli obblighi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi dl personale	Attuazione del 100% degli obblighi di pubblicazione	Attuazione del 100% degli obblighi di pubblicazione	Attuazione del 100% degli obblighi di pubblicazione	Servizi tecnico/ amministrativi	
6.2 Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021	Implementazione delle azioni previste dal Piano Aziendale	100% delle attività previste per l'anno 2019	100% delle attività previste per l'anno 2020	100% delle attività previste per l'anno 2021	Servizi tecnico/ amministrativi	

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

4. Il ciclo di gestione della performance

4.A Sistema di misurazione e valutazione delle performance

Premessa

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

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

La Performance

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

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

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

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

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance

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 sovraintendere 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

*Si riportano di seguito alcuni contenuti che sono meglio esplicitati **nell'ALLEGATO 1** al presente documento, con cui si illustra nel dettaglio il processo aziendale "Misurazione del ciclo delle performance".*

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.

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

1) Programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano Performance quale documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto del Servizio

Controllo di Gestione e Controllo Interno ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la perfomance 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.

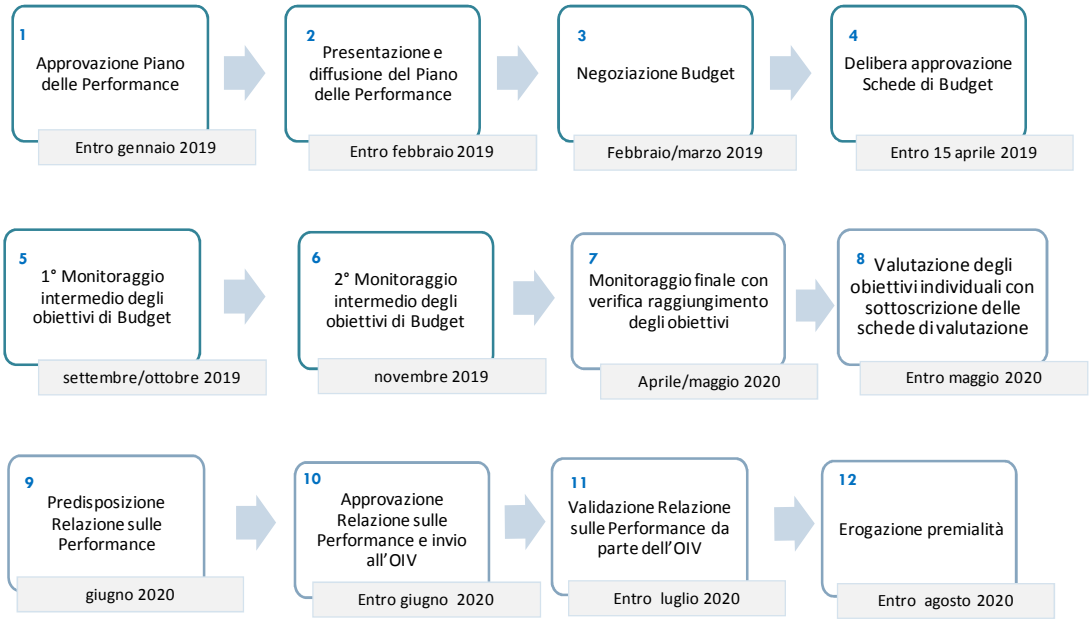
Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la ***Relazione sulle Performance*** (prevista dal D.Lgs. 150/2009) che evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, 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 2019:



MISURAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

ALLEGATO 1 – PIANO DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021

INDICE

1. CAMPO DI APPLICAZIONE 3
2. DIMENSIONAMENTO 3
3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 4
5. SCHEMA INPUT - OUTPUT DEL PROCESSO E FLOW CHART 4
6. PROCEDURA 6
7. INDICATORI 10
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ E DEI CONTROLLI 11

1. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al processo "Misurazione del Ciclo delle Performance" dell'Azienda Ulss n.7 Pedemontana e si applica a tutte le articolazioni organizzative aziendali.
Lo scopo del documento è definire i meccanismi operativi con i quali l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali nonché le condizioni informative per garantirne il perseguimento.
Il processo di programmazione e budget si articola in ***quattro fasi*** fondamentali:

1. programmazione,
2. formulazione del budget,
3. reporting e misurazione dell'attività,
4. valutazione dei risultati ottenuti.

2. DIMENSIONAMENTO

Dimensionamento del Processo*	
N° Strutture Operative (con Scheda di Budget)	N. 109 (totale U.O.C. e U.O.S.D)
N° dipendenti coinvolti nel Ciclo delle Performanc e	Totale Dirigenti: 633 Totale Comparto: 3.338
FTE che operativamente entrano nel processo	U.O.C. Controllo di Gestione: 3 TPE UO.C. Gestione Risorse Umane : 1 TPE

***** Le informazioni contenute nella tabella fanno riferimento al dato consolidato dell'ultimo anno solare.

3. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

I riferimenti normativi da cui discende l'obbligatorietà e l'adozione della metodica di Programmazione e Budget per le Aziende Sanitarie sono i seguenti:

- D.Lgs n.502 del 30.12.1992 ai sensi del quale *al Direttore generale compete anche attraverso l'istituzione dell'apposito Servizio di Controllo Interno, di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse distribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa*.
- L.R. n.55 del 14.09.1994, art.13, a norma del quale *le Aziende ULSS devono applicare su arco annuale la metodica di budget, allo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire ed agli investimenti da compiere* e art.17 che definisce il *Budget di Centro di Responsabilità.*
- D. Lgs. n.286 del 30.07.1999, art. 4, a norma del quale *ai fini del controllo di gestione, ciascuna amministrazione pubblica definisce (…) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili, le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti e gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità.*
- D. Lgs n. 150 del 27.10.2009 all'art. 10 prevede che *le amministrazioni pubbliche redigano annualmente, entro il 31 gennaio, il Piano delle performance: documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi*.
- Delibera Civit n. 5 del 7.03.2012 che riportale *Linee guida relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009.*
- D.G.R.V. n. 140 del 16.02.2016 che definisce le linee guida relative alla *costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione ed inquadra le attività di competenza rispetto alla funzione di monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni prevista dal DLgs. 150/2009*.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Nel documento sono presenti le seguenti abbreviazioni:

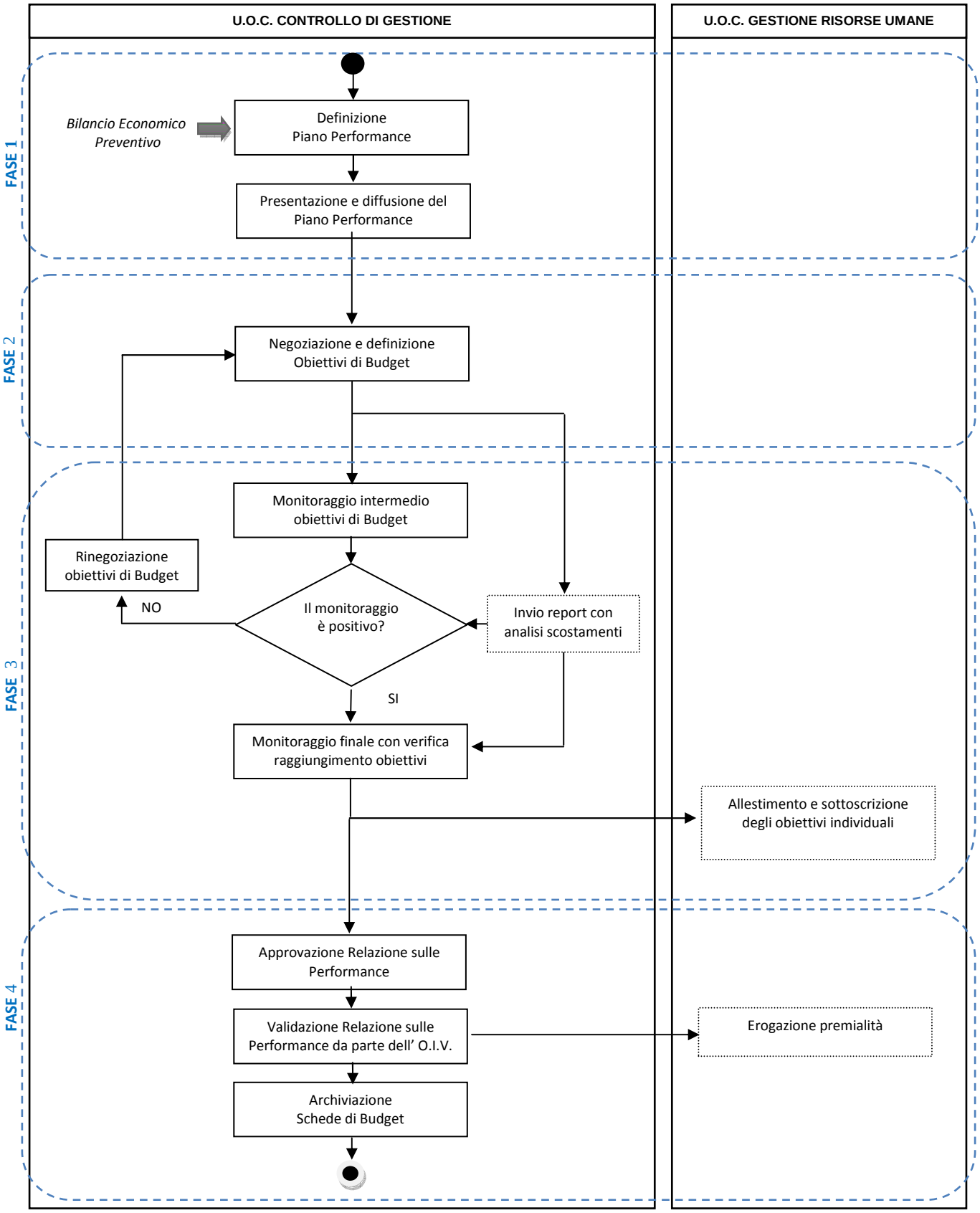
DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Socio Sanitari
DAA	Direzione Articolazione Aziendale
DMPO	Direttore Medico di Presidio Ospedaliero
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
U.O.S.D.	Unità Operativa Semplice Dipartimentale

5. SCHEMA INPUT - OUTPUT DEL PROCESSO E FLOW CHART

Owner del processo: Responsabile U.O.C. Controllo di Gestione– *Dr.ssa Michela Piccinini*

Input	Chi fornisce l'input (Fornitore)		Output	Chi riceve l'output (Cliente)
Piano Performance e Documento delle Direttive (o Piano Operativo Annuale)	*Direzione strategica*	***Processo "Misurazione del Ciclo delle Performance"***	- *Schede di Budget e Delibera di approvazione delle Schede* - *Report di monitoraggio* - *Verifica e valutazione raggiungimento obiettivi di Budget (performance organizzativa)* - *Relazione sulle Performance e Delibera approvazione Relazione* - *Valutazione Performance individuale relativamente agli obiettivi collegati alle schede di Budget*	- *Direzione Strategica* - *Responsabili di U.O.C. e U.O.S.D.* - *Gestione Risorse Umane* - *Tutti i portatori di interesse (pubblicazione sul sito aziendale – sezione "Amministrazione Trasparente")* - *O.I.V.*

Di seguito sono rappresentate le fasi del processo tramite flow chart:.



6. PROCEDURA

Si riporta di seguito una breve descrizione delle fasi del processo con specifica delle attività svolte, il responsabile dello svolgimento, eventuali documenti interni che la disciplinano nel dettaglio (regolamenti, procedure e/o istruzioni operative adottate) e il riferimento ad eventuali controlli in essere (identificati e descritti nella matrice rischi).

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 dell' U.O.C. Controllo di Gestione ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la perfomance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.
Unitamente al Piano Performance viene predisposto il ***Documento delle Direttive*** *(o Piano Operativo Annuale)* con cui si esplica il focus sugli obiettivi aziendali definiti per l'anno in corso e che 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 U.O.C. e U.O.S.D. e ha luogo tra il Direttore di area, il Direttore di articolazione aziendale e il Direttore della U.O.C. o U.O.S.D., 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 dalla Direzione Professioni Sanitarie). Per l'area tecnico – amministrativa la contrattazione avviene tra il Direttore Amministrativo e i responsabili di U.O.C. e U.O.S.D.. 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 U.O.C. o U.O.S.D..
Nella scheda vengono riportati:

- ✓ gli *obiettivi* da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive; possono essere evidenziati anche quelli collegati ad erogazione di risorse aggiuntive;
- ✓ 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;

Parte integrante della scheda di Budget è la <u>scheda delle risorse,</u> 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;
- ✓ volumi di attività per le schede delle strutture ospedaliere;

L'U.O.C. Controllo di Gestione e svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri, puntualmente verbalizzati, e collabora alla formalizzazione degli obiettivi e relativi indicatori nonché alla compilazione della scheda risorse e all'archiviazione delle schede formalmente sottoscritte.
La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo.

3) Reporting e monitoraggio

Il Controllo di Gestione svolge un **monitoraggio continuo** delle performance aziendali e di singola struttura attraverso specifica reportistica estratta dal Datawarehouse aziendale.
I reports sono prevalentemente trimestrali per i dati di attività, mensili per gli obiettivi di natura economica, ed espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda. I contenuti e la forma sono definiti in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, responsabili di Struttura, Direzione di articolazione.
Nei mesi di settembre/ottobre viene inoltre effettuata una **verifica semestrale** sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget, con incontro verbalizzato, durante il quale vengono valutate eventuali azioni correttive o la revisione della formalizzazione dell'obiettivo. Per gli obiettivi con indicatori non numerici, cioè quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta o alla verifica di una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi vengono attestati dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono organizzati degli incontri specifici con i Direttori di riferimento e i Direttori di U.O.C. o di U.O.S.D. 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, L'U.O.C. Gestione Risorse Umane provvede all'erogazione dell'acconto relativo alla retribuzione di risultato per la Dirigenza Medica, veterinaria e SPTA previa validazione da parte dell'O.I.V..

4) Valutazione dei risultati ottenuti

A consuntivo il Controllo di Gestione predispone le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e dei flussi informativi aziendali e delle Relazioni presentate per gli obiettivi progettuali e supporta i valutatori nello svolgimento delle attività di competenza finalizzate alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e all'assegnazione del punteggio ottenuto. Il monitoraggio finale viene svolto nei mesi di marzo/aprile 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. La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore.
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'U.O.C. Controllo di Gestione e dal U.O.C. Gestione Risorse Umane, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione pena l'efficacia della relazione stessa e approvata con Deliberazione del Direttore Generale.
L'U.O.C. Gestione Risorse Umane provvede, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione della parte incentivante della retribuzione sulla base degli accordi sindacali.

Nel modello esemplificativo sottostante sono indicati inoltre i possibili controlli con il codice utilizzato nella matrice dei rischi.

#	FASI DEL PROCESSO	#	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	DOCUMENTO INTERNO
1	**Programmazione**	*1.1*	*Definizione Piano Performance*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	*Piano Performance*
					Delibera approvazione Piano Performance
		1.2	*Presentazione e diffusione del Piano*	*Direzione Strategica U.O.C. Controllo di Gestione*	*Diffusione piano via e-mail e pubblicazione sul sito Aziendale*
2	**Formulazione del Budget**	*2.1*	*Negoziazione Obiettivi di Budget*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	*Schede di Budget e Delibera approvazione Schede*
3	**Reporting e monitoraggio**	*3.1*	*Monitoraggio intermedio obiettivi di Budget*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	*Report con analisi scostamenti*
		3.2	*Monitoraggio finale con verifica raggiungimento obiettivi*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	*Report con analisi scostamenti*
		3.3	*Valutazione obiettivi individuali e sottoscrizione Schede di valutazione individuale*	*U.O.C. Gestione Risorse Umane*	*Schede di valutazione individuali firmate*
4	**Valutazione dei risultati ottenuti**	*4.1*	*Approvazione Relazione sulle Performance*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	*Relazione Sulle Performance e*
					Delibera approvazione Relazione
		4.2	*Validazione Relazione sulle Performance da parte dell' O.I.V.*	*O.I.V.*	*Verbale O.I.V.*
		4.3	*Erogazione premialità*	*U.O.C. Gestione Risorse Umane*	*Cedolino paga*
		4.4	*Archiviazione Schede di Budget*	*U.O.C. Controllo di Gestione*	---

Inoltre, con riferimento alle **fase 2 "*Formulazione del Budget*"** e **fase 3 "*Reporting e monitoraggio*"** si riporta di seguito la griglia sintetica con evidenziati **gli attori coinvolti e le diverse responsabilità**.

STRUTTURE /FASI	**Negoziazione**	**Monitoraggi Trimestrali**	**Verifica intermedia e finale/ Rinegoziaz.**	**Valutazione**	**Validazione**
U.O.C./U.O.S.D. Ospedale	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - DMPO - DS	Referenti obiettivi	DMPO	DMPO – DS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Distretto	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - Dir.Distretto - DSSFT	Referenti obiettivi	Dir.Distretto	Dir. Distretto - DSS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento di Prevenzione	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - Dir.Dip. Prevenzione	Referenti obiettivi	Dir.Dip. Prevenzione	Dir.Dip. Prevenzione – DS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Amministrativi	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - DA	Referenti obiettivi	DA	DA	OIV
Strutture in staff	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - DA – DS	Referenti obiettivi	DA – DS	DA – DS	OIV
Direzione Articol.Aziendale	Responsabile U.O.C. e U.O.S.D - DA – DS	Referenti obiettivi	DA – DS	DA – DS	OIV

7. INDICATORI

Si riportano di seguito i principali indicatori di processo utilizzati dal Process Owner per rilevare possibili andamenti anomali:

- ➔ Approvazione Piano Performance **entro** il 31 gennaio anno 20xx
- ➔ Presentazione e diffusione del Piano **entro** febbraio anno 20xx
- ➔ Negoziazione Schede di budget e Delibera di approvazione Schede **entro** marzo anno 20xx
- ➔ Monitoraggio intermedio degli obiettivi di budget **entro** ottobre anno 20xx
- ➔ Monitoraggio finale con verifica raggiungimento 100% degli obiettivi di Budget **entro** maggio anno 20xx+1
- ➔ Predisposizione Relazione sulle Performance **entro** giugno anno 20xx+1
- ➔ Delibera Relazione sulle Performance e invio all'OIV **entro** giugno anno 20xx+1
- ➔ Validazione Relazione sulle Performance da parte dell'OIV **entro** luglio anno 20xx+1

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ E DEI CONTROLLI

("R" = responsabile dell'attività, chi svolge l'attività; "C" = chi compie la funzione di controllo sull'attività)

ATTIVITÀ (inserire attività indicate nel punto 6 del documento)	*U.O.C. Controllo di Gestione / Responsabile*	*U.O.C. Gestione Risorse Umane / Responsabile*	*Organismo Interno di Valutazione (O.I.V)*
Definizione Piano Performance	*R*		*C*
Presentazione e diffusione del Piano	*R*		*C*
Negoziazione Obiettivi di Budget	*R*		*C*
Allestimento e sottoscrizione degli obiettivi individuali		*R*	*C*
Monitoraggio intermedio obiettivi di Budget	*R*		*C*
Monitoraggio finale con verifica raggiungimento obiettivi	*R*		*C*
Valutazione obiettivi individuali e sottoscrizione Schede di valutazione individuale		*R*	*C*
Approvazione Relazione sulle Performance	*R*		*C*
Validazione Relazione sulle Performance da parte dell' O.I.V.			*R*
Erogazione premialità		*R*	*C*
Archiviazione Schede di Budget	*R*		

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata in copia all'Albo del sito istituzionale dell'Azienda U.L.S.S. n. 7 Pedemontana per dieci giorni consecutivi da oggi e contestualmente trasmessa al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5°, L.R. 14/9/94 n. 56).

La presente deliberazione è divenuta esecutiva in data odierna, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 43 del 27/1/2010.

Bassano del Grappa, lì **31/01/2019**

f.to *IL RESPONSABILE*
U.O.C. AFFARI GENERALI
O FUNZIONARIO DELEGATO

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi informatici dell'Azienda.

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

DELIBERAZIONE del ***COMMISSARIO***

N. 121 del 30/01/2019