

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

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

N. 524 /Reg. D.G.

Bassano del Grappa, 25/03/2022

DELIBERAZIONE
del

DIRETTORE GENERALE

Nominato con D.P.G.R. n. 26 del 26/02/2021

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI

dott.ssa ALESSANDRA CORO'

OGGETTO: Adozione Piano della Performance 2022-2024 e Documento delle Direttive 2022

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
f.to dott. Carlo Bramezza

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 Direttore dell'UOC 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.

Visto il Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i., che all'art. 10 prevede che le amministrazioni pubbliche redigano entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano delle performance, quale documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi.

Tenuto conto di quanto previsto dalla DGR 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 delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e nell'allegato A riporta i riferimenti metodologici e i contenuti essenziali per la redazione del Piano della Performance.

Considerato che la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Visto che con il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale documento programmatico unico che ricomprende il Piano della Performance, il Piano del Lavoro Agile (il POLA), il Piano triennale del fabbisogno del personale e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Visto che con D.L. n. 228 del 30 dicembre 2021 è stata prevista la proroga, in sede di prima applicazione, per l'adozione del PIAO al 30.04.2022.

Visto che il Consiglio dell'ANAC il 12 gennaio 2022 ha stabilito che il termine ultimo per la presentazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022-2024, inserito all'interno del PIAO, viene posticipato al 30.04.2022 al fine di consentire ai responsabili della Prevenzione di svolgere adeguatamente tutte le attività per la predisposizione del piano.

Tenuto conto che lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica del 25 gennaio 2022, recante *“Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e organizzazione ai sensi dell'art.6, comma 5, del decreto-legge n°80 del 9 giugno 202, convertito con modificazioni, dalla legge n°113 del 6 agosto 2021”* deve essere adottato entro il 31 marzo 2022.

Richiamata la Deliberazione del Direttore Generale n°143 del 28 gennaio 2022, con la quale è stato differito il termine del 31.01.2022 per l'adozione del Piano della Performance 2022-2024, in considerazione del perdurare dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha influenzato la programmazione richiedendo una concentrazione di risorse in attività finalizzate al contrasto della pandemia (ricoveri, tamponi, vaccinazione, etc.)

Ritenuto necessario procedere con la definizione di un'efficace strategia per il prossimo triennio e di dare avvio al ciclo della performance 2022 con la predisposizione del Piano delle performance 2022-2024, alla luce dell'evoluzione del quadro pandemico e nelle more delle disposizioni applicative in merito al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Dato atto che unitamente al Piano della Performance 2022-2024 viene adottato il Documento delle Direttive 2022 (previsto dall'art. 14 L.R. n.55 del 14 settembre 1994), quale strumento di raccordo

sistematico tra gli strumenti della programmazione e il budget al fine di dare avvio alla definizione della programmazione operativa, nonché la Procedura aziendale relativa Ciclo di gestione della Performance (sviluppato secondo quanto indicato dall'art. 4 del D.Lgs. 150/2019).

Precisato fin d'ora che il Piano Performance verrà rivisto e integrato all'interno del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), così come previsto dalla sopracitata normativa, e sarà inoltre aggiornato con eventuali indicazioni regionali di definizione degli obiettivi e salute che saranno definiti per l'anno 2022.

Per quanto sopra il Dirigente propone di adottare il Piano della Performance 2022-2024 quale documento di programmazione e pianificazione aziendale e strumento per la definizione e misurazione della performance aziendale e il Documento di Direttive 2022, attraverso cui è possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza

IL DIRETTORE GENERALE

Visto quanto descritto in premessa;

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 per il triennio 2022-2024, il Documento delle Direttive 2022 e la procedura aziendale relativa al Ciclo di gestione della Performance, documenti allegati al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale
2. di inviare i presenti provvedimenti all'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, per gli adempimenti di competenza;
3. di pubblicare il presente provvedimento nel sito web istituzionale, alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi del punto 2) del dispositivo di cui alla deliberazione n. 43 del 27.1.2010;
5. 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.



Piano della Performance 2022-2024



Sommario

1. Introduzione	3
2. Il quadro di riferimento	5
2.A. L’Azienda in cifre.....	5
2.A.1 Il territorio e la popolazione	5
2.A.2 Il quadro della pandemia nel 2021.....	6
2.A.2 Il quadro della pandemia nel 2021.....	8
2.A.3 L’organizzazione dei Servizi	9
2.A.3.1 L’Ospedale.....	9
2.A.3.2 I Servizi Territoriali.....	12
2.A.3.3 Il Dipartimento di Prevenzione.....	14
2.A.4 Il personale.....	15
2.A.5 Sintesi dell’andamento dei risultati economici.....	16
2.B. La normativa di riferimento.....	17
3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio	18
3.A. Gli aspetti metodologici	18
3.B. La pianificazione strategica.....	18
3.C Le macro aree strategiche.....	20
3.D Gli obiettivi operativi.....	21
4. Il ciclo di gestione della performance	29
4.A Sistema di misurazione e valutazione delle performance.....	29
4.B Metodologia Aziendale del Ciclo della Performance.....	31

I. Introduzione

Il Piano della Performance 2022-2024, 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 per il triennio di riferimento.

L'elaborazione del Piano della Performance dà avvio al ciclo di gestione della performance e si presenta come elemento fondamentale del sistema di misurazione e di valutazione dei risultati attesi.

Il presente Piano rappresenta, tuttavia, un documento soggetto a futuri aggiornamenti alla luce da un lato dell'andamento dell'**emergenza sanitaria causata dal COVID-19** che necessariamente influenzano la programmazione aziendale, dall'altro dal fatto che l'art. 6 comma 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021 ha previsto che il Piano, unitamente ad altri documenti di pianificazione aziendale, convergerà nel **Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.)** quale documento unico di programmazione e governance (ricomprenderà i piani della performance, del lavoro agile (POLA) e della prevenzione della corruzione) che dovrà essere adottato entro il 30 aprile.

L'emergenza sanitaria causata dal Covid-19 rappresenta, infatti, un tema centrale nella determinazione delle politiche sanitarie che sono state messe in atto nel corso dell'ultimo biennio e che ha continuato ad influenzare la programmazione anche dei primi mesi del corrente anno, richiedendo una concentrazione di risorse in attività finalizzate al contrasto della pandemia (ricoveri, tamponi, vaccinazione...).

Inoltre, la ricorrenza dei picchi di contagio nell'ultimo biennio ha richiesto più volte la revisione degli stessi obiettivi di breve periodo, resettando repentinamente ed in più occasioni la programmazione esistente.

La stessa **campagna vaccinale**, iniziata ufficialmente il 27 dicembre 2020, con il cosiddetto "vaccine day", ha vissuto nel corso dello scorso anno differenti fasi, nelle quali la disponibilità dei vaccini, la dinamica nelle priorità di accesso, nonché l'evoluzione delle raccomandazioni e le indicazioni di somministrazione, hanno richiesto una costante revisione delle priorità e dell'organizzazione.

Altro elemento che nel corso del corrente anno costituirà un impegno nel dare risposta alla crisi pandemica è dato dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, quale strumento che traccia gli obiettivi, le riforme e gli investimenti che l'Italia intende realizzare grazie all'utilizzo dei fondi europei di *Next Generation EU*. La missione 6 del PNRR, a titolarità del Ministero della Salute, è dedicata ad obiettivi legati al rafforzamento della prevenzione e dei servizi sanitari sul territorio, alla modernizzazione e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina. Con particolare riguardo alle stringenti tempistiche previste dal dispositivo, la Regione Veneto ha dato avvio già nel 2021 alle attività connesse all'attuazione del PNRR e per l'anno 2022 sarà prioritario dare proprio attuazione alle attività programmate di competenza dell'Azienda Ulss7 Pedemontana.

Va sottolineato, infine, che con Delibera del Direttore Generale n. 2401 del 31/12/2021 "Approvazione **Atto dell'Aziendale** Ulss7 Pedemontana adottato con DDG n.1429 del 28.10.2021-modifiche e integrazioni" è stato rivisto l'assetto organizzativo aziendale, ridefinendo l'organizzazione dipartimentale nell'ottica di favorire l'integrazione aziendale e l'omogeneizzazione dei Distretti. Si è in attesa del parere regionale di competenza.

Dal Piano Performance, predisposto tenendo conto di tutti gli elementi sopra riportati, derivano i documenti di programmazione operativa con esplicitazione degli obiettivi aziendali per il 2022.

Gli obiettivi vengono definiti, altresì, tenendo conto dei contenuti programmatici in fase di definizione nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) relativo al triennio 2022-2024, il cui termine per

l'adozione è stato posticipato al 30.04.2022 (comunicato ANAC del 12.01.2022), in quanto il documento è stato ricompreso all'interno PIAO

nonché in conformità alla normativa di riferimento.

Unitamente al Piano Performance viene adottato il Documento delle Direttive quale documento di programmazione annuale che esplicita per l'anno 2022 gli obiettivi operativi aziendali. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi che saranno inseriti nelle schede di budget delle Strutture Operative.

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

Il Piano si suddivide in tre parti:

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

2. Il quadro di riferimento

2.A. L'Azienda in cifre

2.A.1 Il territorio e la popolazione

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 della sua distribuzione per età e, vista la peculiarità territoriale dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, anche della relativa distribuzione morfologica.

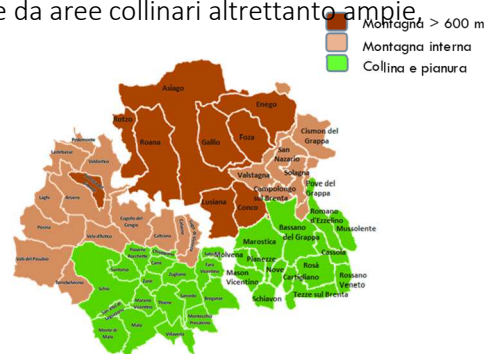
L'Azienda comprende attualmente 55 Comuni, con una superficie totale di 1.482,98 Km², di cui 938,47 Km² relativi all'area di montagna e alta montagna.

È articolata in 2 Distretti, corrispondenti alle 2 ex Aziende unite a partire dall'1.01.2017 (Distretto 1 ex Ulss 3 Bassano del Grappa e Distretto 2 ex Ulss 4 Alto Vicentino).

Le peculiarità del territorio, caratterizzato da una estesa zona montuosa e da aree collinari altrettanto ampie, implicano una viabilità complessa, in particolare nel periodo invernale, con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda; in considerazione di ciò è stato necessario il mantenimento di servizi dislocati nei territori più disagiati e meno popolosi.

Viene garantita l'assistenza sanitaria e socio sanitaria ad una popolazione di 361.979 residenti all'1.01.2021, con una diminuzione di oltre 2.000 unità rispetto all'anno precedente e un calo complessivo di 4.450 abitanti rispetto al 2019.

La distribuzione per aree distrettuali mostra una continua contrazione per entrambi i distretti nell'ultimo triennio, più accentuata per il D2 (-9,8 per 1000 nel D1; -14,4 per 1000 nel D2).



Popolazione residente	all' 1.01.2017	all' 1.01.2018	all' 1.01.2019	all' 1.01.2020	all' 1.01.2021
Tot. area distretto 1 (D1) *	180.336	180.160	180.040	179.229	178.267
Tot. area distretto 2 (D2)	187.015	186.345	186.389	184.808	183.712
Azienda ULSS 7 Pedemontana	367.351	366.505	366.429	364.037	361.979

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

La popolazione ultra 65enne è arrivata al 22,8% del totale e l'indice di vecchiaia ha superato il 174 per cento, mostrando un trend in continua e forte crescita (era del 161% nel 2019), determinato dall'aumento della popolazione ultra 65enne e dalla diminuzione dei minori fino a 14 anni.

Il processo di invecchiamento è maggiore per la popolazione del Distretto 2, con oltre il 176%.

Popolazione residente all' 1.01.2021	Classi d'età			TOTALE	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65 e +			
Tot. area distretto 1	23.381	114.660	40.226	178.267	172,05	55,47
Tot. area distretto 2	24.074	117.238	42.400	183.712	176,12	56,70
Azienda ULSS 7 Pedemontana	47.455	231.898	82.626	361.979	174,11	56,09

Fonte: ISTAT

La popolazione residente nei singoli Comuni presenta la consueta concentrazione nei comuni di Bassano del Grappa (43 mila abitanti) e a Schio (quasi 39 mila), seguiti da Thiene (poco più di 24 mila) e da 6 Comuni, tra i 12.800 e 15 mila residenti, quasi tutti nel territorio del distretto 1.

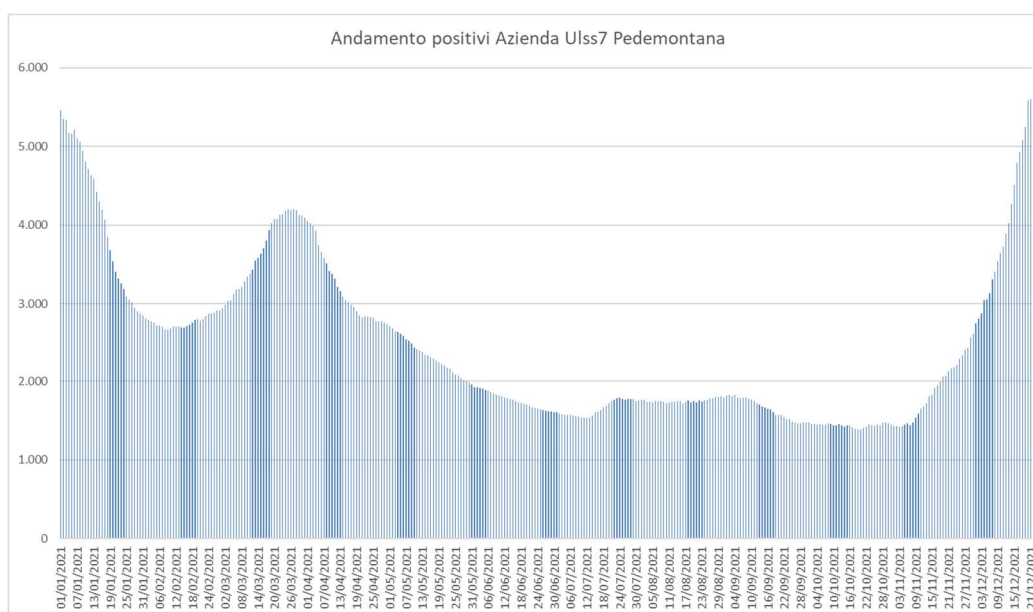
La popolazione straniera, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari residenti nei Comuni dell’Azienda è sempre in diminuzione, a partire dagli ultimi dieci anni e particolarmente nel quinquennio più recente. Le rappresentanze più numerose sono costituite dai cittadini di Romania, Marocco, Serbia e Bangladesh, seguiti da quelli di Moldavia, Bosnia e Ghana.

La popolazione assistita nell’ULSS 7, ovvero il numero di iscritti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta risulta sistematicamente inferiore a quella residente. Nel 2020 è stata del 98,6% dei residenti, confermando la discrepanza esistente da anni, in particolare per il D1, con percentuali comprese tra il 98,2% e il 98,6%.

L’Azienda è organizzata ed eroga le proprie attività su 3 macro-livelli assistenziali: l’ospedale, i servizi territoriali/distrettuali e il dipartimento di prevenzione.

2.A.2 Il quadro della pandemia nel 2021

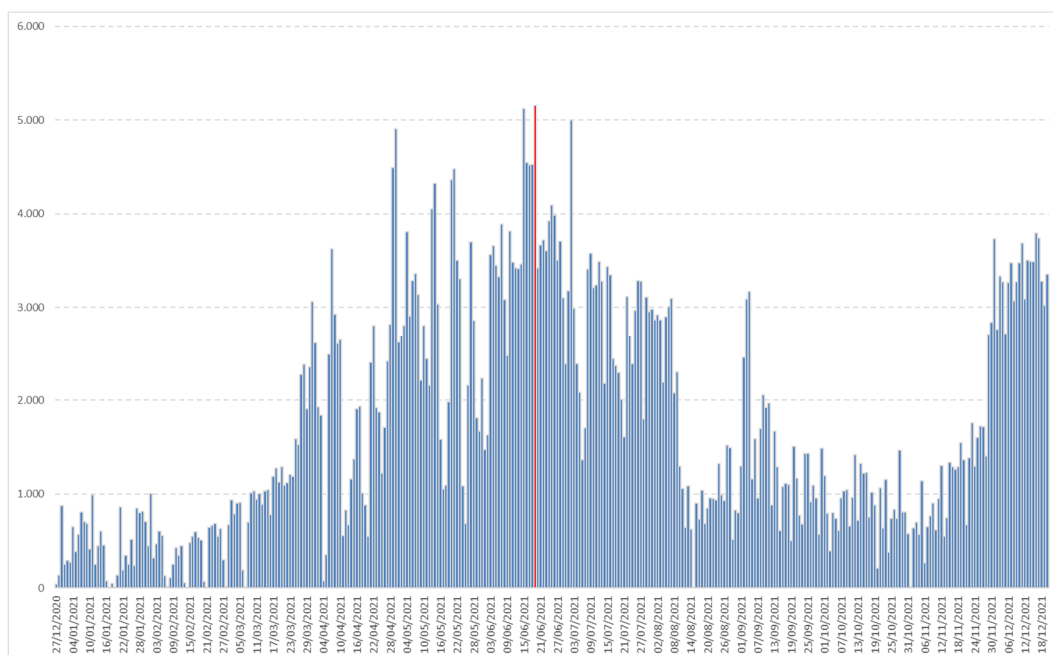
Il 2021 si è aperto in una fase critica per quanto riguarda l’andamento dei contagi e dei ricoveri per Covid 19; nel primo mese dell’anno i livelli di contagio si presentavano alti, se pur con tendenza decrescente: la seconda ondata della pandemia da Covid 19 ha raggiunto il picco nei mesi di novembre e dicembre 2020, con una coda nel 2021.



Si è registrato poi un ulteriore aumento dei casi nei mesi di marzo-aprile 2021, di dimensioni più contenute, e infine un riacutizzarsi della pandemia negli ultimi mesi del 2021, anche se con caratteristiche completamente diverse rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente.

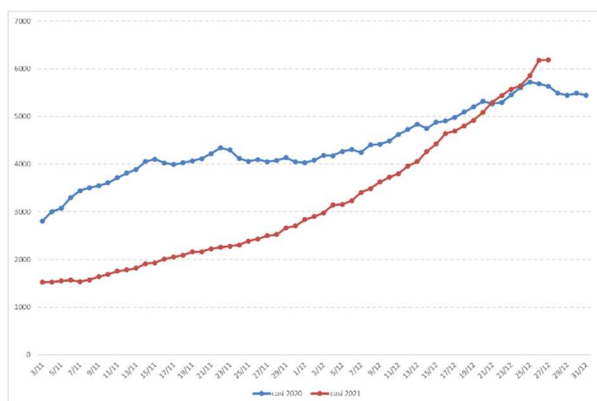
Con l’inizio del 2021 ha preso avvio anche la campagna vaccinale anti Covid, che è proseguita per tutto l’anno coinvolgendo via via fasce di popolazione differente: il picco massimo di somministrazioni giornaliere è stato raggiunto a giugno 2021, con 5.160 vaccinazioni somministrate il 19/7/2021.

La campagna vaccinale ha lentamente cambiato il volto dell'epidemia con il crescere della copertura vaccinale della popolazione.

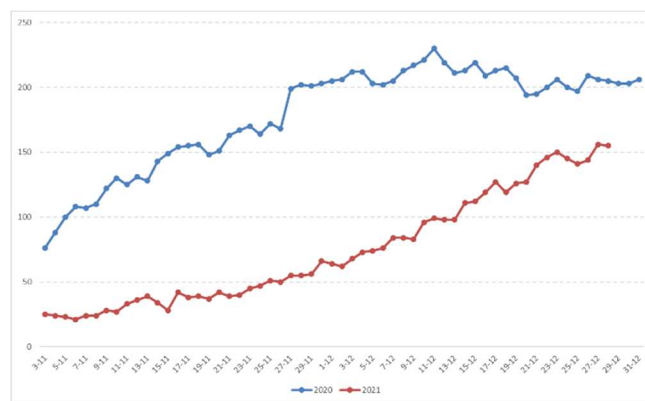


Se si dà uno sguardo all'andamento di casi e ricoveri negli ultimi due mesi del 2020 e 2021 si vede come il numero di casi aumenti molto velocemente fino a superare i livelli del Natale 2020 mentre il numero dei ricoveri si mantiene ampiamente sotto i livelli dello scorso anno (e ciò è tanto più vero per le terapie intensive)

Andamento casi positivi nov-dec 2020-2021



Andamento ricoveri nov-dec 2020-2021



● 2020 ● 2021

Con riferimento ai ricoveri Covid, invece, il trend risulta più contenuto nel 2021 rispetto all'anno precedente. Si evidenziano di seguito la situazione dei ricoveri nelle tre strutture ospedaliere aziendali a dicembre 2021 e 2020:

	COVID Terapia Intensiva		COVID Ordinari		NON COVID	
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2020	Dic. 2021
Osp. Santorso	17	9	137	60	107	234
Osp. Bassano	0	6	21	44	278	239
Osp. Asiago	0	0	14	0	45	51

2.A.2 Il quadro della pandemia nel 2021

La gestione dei pazienti Covid positivi si è avvalsa per tutto il periodo del supporto attivo garantito dalle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), istituite già a partire dal 2020, quali team di medici che si occupano della gestione dei pazienti sospetti o accertati Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero. di seguire i pazienti Covid a domicilio, attraverso visite e consulti a distanza.

Nel corso del 2021 si sono inoltre formalizzati accordi con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta che hanno consentito di ampliare ulteriormente la capacità di risposta alla pandemia in termini di prevenzione e testing: i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) hanno effettuato nel complesso più di 16.000 tamponi nel corso del 2021 e somministrato oltre 55.000 vaccini.

TOTALE ULSS 7	
USCA	
N° medici	369
N° pz COVID in carico	6.723
Tamponi Molecolari	6.878
Tamponi Antigenici	5.543
Visita domiciliare	8.542
Accesso Casa di Riposo	1.214
Consiglio Telefonico	18.611
Vaccini a domicilio	7.106
MMG	
Vaccinazioni	53.635
Tamponi	13.155
PLS	
Vaccinazioni	2.096
Tamponi	3.267

A completamento del quadro relativo all'offerta di servizi messi in campo per affrontare le necessità di cura dei pazienti Covid si collocano i ricoveri nelle strutture intermedie, che già a partire dal 2020 sono state attivate per gestire i pazienti Covid in uscita dalle strutture ospedaliere, con intensità di cura inferiore. La struttura principale in termini di numero di ricoveri è rappresentata dall'Ospedale di Comunità di Marostica, a cui si sono affiancate per periodi di tempo limitati altre strutture, per un totale di 367 pazienti ricoverati nel 2021.

	Periodi di attività Covid	num ricoveri 2020	num ricoveri 2021
ODC MAROSTICA	mar20 - oggi	154	254
ODC presso Nucleo Residenziale La Decima	nov20 - feb21	35	40
ODC presso Rsa Tulipano	dec20 - mag21	5	49
ODC presso Rsa Muzan	dec21		24
Totale complessivo		194	367

2.A.3 L'organizzazione dei Servizi

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

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

2.A.3.1 L'Ospedale

Nel territorio dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana sono presenti i Presidi Ospedalieri di rete di Bassano e Santorso e un Ospedale nodo di rete ad Asiago.

In attuazione della DGRV 614/2019 di programmazione ospedaliera, nel corso del 2020 è stata realizzata la riorganizzazione delle strutture ospedaliere, con le nuove dotazioni rispetto ad apicalità e a posti letto. Tuttavia, in ragione dell'emergenza sanitaria intervenuta, si è potuto iniziare tale processo solo a giugno 2020, portandolo avanti molto gradualmente ed interrompendolo a causa dei ritorni epidemici e della necessità di riattivare posti per pazienti covid.

Posti letto	DGRV 614/2019	All'1.06.2020
Presidio Osp. di rete Bassano	378	378
Ospedale nodo di rete Asiago	104	88
Presidio Osp. di rete Santorso	400	371
TOTALE OSPEDALI	882	837

Esclusi posti culla dei Nidi (assistenza neonatale)

Si rappresenta di seguito la situazione relativa all'anno 2021 in merito alle principali attività svolte in ospedale: ricoveri, pronto soccorso, interventi chirurgici, prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Ricoveri

Dimissioni (casi totali)	2019	2020	2021	Var % 2021/2020
Ospedale Bassano	17.234	15.292	15.767	+3%
Ospedale Asiago	2.770	1.616	1.736	+7%
Ospedale Santorso	17.797	14.593	16.326	+12%
totale ULSS 7	37.801	31.501	33.829	+7%

Nel 2021 si è registrata una ripresa dell'attività di ricovero in tutte le strutture ospedaliere, in particolare in quelle dell'ospedale di Santorso, che nel 2020 era stato maggiormente dedicato ai pazienti covid; nel 2021 infatti, c'è stato un minore impegno per questi ultimi ed è stata possibile una ripresa delle normali attività, soprattutto da maggio in poi. A fine anno il riacutizzarsi della pandemia ha portato ad un ulteriore rallentamento delle attività.

Attività operatoria

Interventi chirurgici effettuati presso le sale di:	2019	2020	2021	Var % 2021/2020
Ospedale Bassano	10.045	8.879	9.130	+3%
Ospedale Asiago	1.707	1.030	1.334	+30%
Ospedale Santorso	9.271	6.682	8.066	+21%
totale ULSS 7	21.023	16.591	18.530	+12%

L'attività di sala operatoria aveva subito una notevole riduzione nel 2020 rispetto all'anno precedente, pari a circa il 19% per l'intera Azienda e al 26% per il solo ospedale di Santorso, dovuta alla sospensione per alcuni mesi dell'attività programmata.

L'attività chirurgica nel 2021 ha visto la sua ripresa da metà giugno in poi, con i livelli dei ricoveri per Covid al minimo, riprendendo a pieno ritmo anche l'attività programmata non urgente. La prevista riduzione delle sale operatorie nei mesi estivi è stata limitata al fine di recuperare gli interventi programmati non erogati durante il periodo pandemico. La ripresa è proseguita fino a novembre per poi arrestarsi nuovamente a dicembre a causa della ripresa dell'emergenza, con l'arrivo della quarta ondata Covid.

Pronto Soccorso

Accessi	2019	2020	2021	Var % 2021/2020
Ospedale Bassano	59.254	45.351	55.199	+22%
Ospedale Asiago	12.825	8.818	10.033	+14%
Ospedale Santorso	65.329	45.326	53.290	+18%
totale ULSS 7	137.408	99.495	118.522	+19%

Si evidenzia anche per tale attività l'incremento rispetto al 2020, anno in cui si era verificata una netta contrazione rispetto al 2019, pari al 31% in meno per Santorso e Asiago e al 23% in meno per Bassano; gli accessi in P.S., in particolare i codici bianchi e i meno critici, avevano registrato la contrazione maggiore rispetto a tutte le altre attività ospedaliere. Nel 2021 Bassano ha visto un incremento notevole avvicinando il volume degli accessi (93%) del 2019.

Specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica è garantita tramite servizi propri aziendali (principalmente poliambulatori ospedalieri, ma anche territoriali) e 5 strutture private accreditate (2 nel territorio del D1 e 3 in quello del D2). Complessivamente, rispetto al calo registrato nel 2020 rispetto all'anno precedente, si evidenzia il netto recupero nel 2021 per tutti i servizi ambulatoriali, in particolare per quelli del D2, sia ospedalieri di Santorso che del territorio, presso i centri di Thiene e di Schio. L'incremento complessivo è stato peraltro realizzato a fronte di una leggera contrazione registrata per i privati accreditati.

Prestazioni ambulatoriali, escluse di Laboratorio Analisi *	2019	2020	2021	Var % 2021/2020
Ambulatori H Bassano	364.791	292.482	346.129	+18%
Ambulatori H Asiago	53.332	36.797	45.694	+24%
Ambulatori H Santorso	244.563	189.252	232.472	+23%
Amb. Extraosp. territorio D1	55.162	40.017	43.640	+9%
Amb. Extraosp. territorio D2	139.087	106.020	142.769	+35%
Privati accreditati	71.055	111.693	105.109	-6%
totale ULSS 7	927.990	776.261	915.813	18%

*prestazioni per pazienti esterni, flusso SPS

Disciplina 100 – Laboratorio compresi tamponi	2019	2020	2021	Var % 2021/2020
Totale ULSS 7	2.688.348	2.430.126	2.786.234	+15%

La necessità di provvedere al recupero delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di screening sospese ed al ripristino del rispetto dei tempi di attesa è stata oggetto di specifici atti di indirizzo nazionali con D.L. 104/2020, e regionali con DGR 1329/2020, DGR 759/2021, DGR 1061/2021 e DGR 162/2022.

Tali atti di indirizzo fissano il duplice obiettivo di ripristino dei livelli di produttività antecedenti l'epidemia (anno 2019) e del recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza epidemica, attraverso alcune azioni specifiche quali:

- la riorganizzazione delle risorse interne, non impiegate nelle attività di contrasto dell'epidemia, a favore delle attività di recupero delle prestazioni sospese;
- l'ampliamento dell'offerta erogativa anche ai giorni prefestivi, festivi e alle fasce orarie serali;
- l'efficientamento delle sale operatorie e la definizione di percorsi gestionali semplificati per le attività pre-ricovero e post-intervento, ai fini di una riduzione dei tempi di degenza;
- la valutazione della possibilità di procedere all'over-booking per le prestazioni ambulatoriali, oltre che incentivare l'utilizzo della telemedicina.

Tutte le indicazioni regionali sono state recepite ed implementate nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nei limiti di fattibilità imposti dall'attuale difficoltà di reclutamento del personale medico.

Oltre a quanto attuato come da indirizzi regionale, l'Azienda ha posto in atto le seguenti azioni:

- riduzione da luglio 2021 della durata delle prestazioni ambulatoriali interne di tutte le branche, con ripristino delle tempistiche vigenti pre-COVID;
- attivazione di progetti specifici su specialità particolarmente critiche;
- riprogrammazione delle sale operatorie nei mesi estivi al fine di recuperare gli interventi programmati non erogati durante il periodo pandemico.

Come indicato nella DGR n. 1061 del 3 agosto 2021, l'Azienda ULSS 7 Pedemontana ha adottato il **Piano Operativo-Attuativo Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa** in conformità ai principi di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsti per le diverse classi di priorità ed equo accesso dei cittadini ai servizi sanitari attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza. Le azioni messe in atto hanno permesso il recupero della produttività da agosto in poi.

Il ripristino dei livelli prestazionali del 2019 viene misurato dal punto di vista del valore prodotto complessivamente da ricoveri e specialistica, sulla base dei flussi SDO e SPS inviati in Regione, e dallo screening, secondo quanto rendicontato dalla UOC Screening di Azienda Zero.

Valore della produzione mensile per le attività di ricovero e specialistica

Mese	Ricoveri			Specialistica		
	2019	2021	Var % 21/19	2019	2021	Var % 21/19
Luglio	3.558.360 €	3.759.646 €	6%	3.545.980 €	3.119.910 €	-12%
Agosto	2.833.642 €	3.101.451 €	9%	2.752.138 €	2.883.965 €	5%
Settembre	3.655.653 €	3.864.674 €	6%	3.190.793 €	3.713.294 €	16%
Ottobre	4.244.007 €	4.821.428 €	14%	3.913.206 €	4.052.755 €	4%
Novembre	4.092.665 €	4.860.391 €	19%	3.519.504 €	3.986.459 €	13%
Dicembre	3.873.936 €	3.831.317 €	-1%	3.045.281 €	3.102.713 €	2%
Totale II° semestre	22.258.263 €	24.238.906 €	9%	19.966.901 €	20.859.096 €	4%

Come evidenziato in tabella, per i mesi da agosto in poi, l'Azienda ha superato il livello di attività 2019, come attestato nella seduta CRITE del 05.10.2021.

2.A.3.2 I Servizi Territoriali

Il Distretto è la struttura tecnico-funzionale che garantisce una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari del cittadino e della famiglia, orientando e favorendo l'accesso ai servizi, fornendo in ciò molti e diversi servizi.

L' Azienda è articolata in *due Distretti socio sanitari*, i cui ambiti territoriali coincidono con i bacini delle 2 ex Aziende Ulss n. 3 (D1) e n. 4 (D2).

Ciascun distretto è organizzato su 2 centri principali: Bassano e Asiago per il Distretto 1 e Thiene e Schio per il Distretto 2. In entrambi i distretti sono inoltre presenti altre sedi distrettuali e vari servizi afferenti al distretto stesso dislocati sul territorio.

Le strutture distrettuali interagiscono fortemente con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli altri medici convenzionati, nonché con i servizi degli enti locali.

Afferiscono al livello distrettuale le seguenti tipologie assistenziali:

- *l'assistenza agli Anziani* erogata mediante 35 Centri di Servizi per anziani non autosufficienti con oltre 3.000 posti letto totali; di questi, 4 strutture sono solo per Religiosi, per complessivi 162 posti;
- nel territorio sono presenti *strutture residenziali specifiche*: 3 *Hospice per malati terminali*, per complessivi 22 posti letto, di cui un hospice di recentissima attivazione ad Asiago, con 3 posti letto; 2 *strutture per la Alta Protezione Alzheimer (SAPA)* con un totale di 18 posti letto e 2 strutture per gli *Stati Vegetativi Permanenti (SVP)* con totali 14 posti letto.
- Sono attive altresì 4 *strutture sanitarie intermedie (2 Ospedali di Comunità -ODC- e 2 Unità Riabilitative Territoriali -URT-)*: l'ODC di Marostica, con 20 posti letto, l'URT a Malo, con 22 posti, l'ODC di Malo, con 15 posti e la URT a Marostica per un totale a regime di 20 posti (le ultime due strutture attive dal 2021).
- *L'assistenza ai Disabili*, erogata mediante 19 Strutture Residenziali con un totale di 331 posti letto e 18 Strutture Semiresidenziali con 400 posti. Per gli utenti con disabilità sono inoltre attivi servizi e programmi specifici (inserimenti lavorativi, integrazione scolastica, assistenza psicologica, attività sportive).
- I servizi a tutela ed assistenza socio-sanitaria della *maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia* fanno riferimento a livello territoriale ai Servizi omonimi, comprendenti i Consultori Familiari (7 sedi), i Servizi di Protezione e Tutela Minori, i Centri per l'Affido e la Solidarietà Familiare e i Servizi di Neuropsichiatria Infantile.
- *L'assistenza psichiatrica* è garantita dai Servizi Psichiatrici dei due distretti tramite i 3 Centri di Salute Mentale (Bassano, Thiene e Schio), i 2 servizi dedicati ai Disturbi del Comportamento alimentare, le strutture residenziali e diurne a gestione diretta e l'inserimento di pazienti in strutture gestite dal privato sociale. Nel corso degli ultimi mesi del 2020 e nel 2021 è stata riorganizzata la rete assistenziale psichiatrica, in particolare rispetto alle strutture residenziali del privato sociale ed è stata attivata a luglio 2021 una nuova tipologia di offerta, la Residenza Socio Sanitaria Psichiatrica (RSSP), presso il Complesso Sanitario di Montecchio Precalcino, che a regime sarà dotata di 20 posti letto.

In sintesi, con riferimento agli ultimi dati disponibili per il 2021, rileviamo:

Assistenza psichiatrica	Anno 2020	Anno 2021	Var% 2021/19
n° utenti totali*	5.171	5.567	7,7%
ambulatoriali	5.155	5.558	7,8%
semiresidenziali	200	185	-7,5%
residenziali - CTRP	42	59	40,5%
residenziali - GAP	22	24	9,1%
residenziali - Comunità Alloggio	111	121	9,0%

* il totale utenti non è la somma delle singole tipologie poiché uno stesso pz può avere più servizi nell'anno

- In relazione alle *dipendenze*, le attività di cura, contrasto e prevenzione sono erogate dai Servizi dedicati presenti nei territori dei due Distretti ad oltre 1.500 utenti all'anno, con un crescente impegno determinato dai relativi fenomeni, sempre più complessi e diversificati e che necessitano di approcci interdisciplinari.
- Per la *riabilitazione ex art. 26 L. 833/78* è attivo il Centro AISM a Rosà, convenzionato, che espleta servizi di tipo ambulatoriale e domiciliare per i soggetti con sclerosi multipla, non solo dell'Azienda Ulss 7 Pedemontana, ma anche di tutta la provincia e di altre ULSS limitrofe.

L'Assistenza Domiciliare risulta sempre più rilevante in relazione all'invecchiamento della popolazione e alla necessità di mantenere il più possibile nell'ambiente familiare o comunque al proprio domicilio le persone più fragili e/o con malattie croniche. Pertanto, nel particolare momento epidemico in cui le persone più anziane e più fragili sono state maggiormente colpite, sono risultate ancora più importanti le attività erogate al domicilio, almeno fino a che ciò è stato reso possibile rispetto al trattamento del paziente e alla sicurezza degli operatori.

Si riportano i dati disponibili per il 2021 e 2020. Si precisa che i dati non sono confrontabili tra i due anni. I dati relativi all'anno 2021 contengono gli accessi effettuati dai medici USCA che hanno offerto supporto alla popolazione nell'ambito della pandemia: effettuazione di vaccinazioni e tamponi a domicilio e monitoraggio dei pazienti positivi sintomatici.

Assistenza domiciliare		Anno 2020	Anno 2021
Distretto 1	n° utenti	4.943	5.582
	n° accessi	59.285	59.405
Distretto 2	n° utenti	4.874	7.391
	n° accessi	69.505	67.149
Totale ULSS 7	n° utenti	9.778	12.905
	n° accessi	128.790	126.554

- Un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale è ricoperto dall'Assistenza Primaria garantita mediante l'attività dei medici di medicina generale (231 MMG), dei pediatri di libera scelta (44 PLS) e dei medici del Servizio di continuità assistenziale (63 CA) che assicurano le prestazioni di primo livello nonché l'invio ai servizi specialistici. L'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria ha portato al consolidamento delle reti tra MMG. Sono attualmente attive 13 *Medicine di Gruppo Integrate (11 MGI + 2 sperimentali)*, finalizzate a garantire un'effettiva continuità dell'assistenza e della presa in carico degli utenti.

- Infine, la *Centrale Operativa Territoriale*, il servizio attraverso il quale sono assicurate le risposte appropriate e continuative alle persone fragili e la presa in carico dei pazienti, collegando Ospedale, MMG e Servizi Territoriali.

L'emergenza da Covid-19 ha prodotto nel biennio 2020-2021 modifiche importanti anche sulle attività dei servizi territoriali/distrettuali ed in particolare:

- destinazione dell'Ospedale di Comunità per i pazienti provenienti dagli Ospedali ancora positivi ma non più bisognosi di cure ospedaliere oppure negativizzati;
- accordi per attivare ulteriori strutture territoriali per la stessa attività di cui sopra, anche in convenzione con Centri Servizi o altri Enti/Organizzazioni;
- messa in funzione di attività prima non esistenti o potenziamento di altre operatività, quali:
 - nuclei di personale per l'effettuazione dei tamponi;
 - attività di sorveglianza sanitaria e screening sulle diverse categorie professionali e non;
 - collaborazione ad indagini epidemiologiche e supporto a figure/strutture intra- ed extra-aziendali, in stretta sinergia con il Dipartimento Prevenzione (SISP in particolare);
 - nuove attività ispettive e di verifica coordinate dal Dipartimento Prevenzione con il contributo di vari altri servizi/strutture aziendali;
 - attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

L'epidemia ha creato notevoli problemi organizzativi e gestionali, oltre che un impatto importante a livello clinico, soprattutto per i soggetti più fragili, come quelli con disabilità e quelli con patologie psichiatriche, rendendo altresì più problematico intercettare nuovi utenti.

Nonostante ciò, si evidenzia il mantenimento delle attività dei servizi preposti che sono riusciti a mettere in atto nuove modalità, anche a distanza, per seguire i loro pazienti.

Come già per l'Ospedale, anche per i servizi territoriali tutto quanto sopra descritto è stato realizzato grazie a:

- spostamento di personale delle diverse categorie professionali;
- formazione/affiancamento per garantire l'acquisizione di eventuali competenze carenti;
- acquisizione di personale aggiuntivo per "emergenza Covid" con le modalità indicate dalla Regione Veneto;
- riassetto logistico-organizzativi.

2.A.3.3 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura organizzativa volta a garantire la tutela della salute collettiva, sia con la prevenzione dei rischi negli ambienti di vita e di lavoro, delle malattie croniche e delle malattie infettive, sia perseguendo obiettivi di promozione della salute e di stili di vita corretti e responsabili.

Il Dipartimento, nel corso dell'ultimo biennio a causa dell'epidemia da Covid-19, ha ricoperto un ruolo centrale nella gestione delle attività territoriali; in particolare nel 2020 con la gestione operativa e le attività di tracciamento e nel 2021 per le attività di vaccinazione anti Covid-19. Purtroppo, a causa di ciò ha dovuto ridurre o rimandare molte attività proprie, ad esempio le vaccinazioni pediatriche e gli screening o tralasciarne altre come la sorveglianza nutrizionale, almeno per i primi mesi dell'epidemia, riuscendo comunque a recuperare molte attività nel corso del corrente anno.

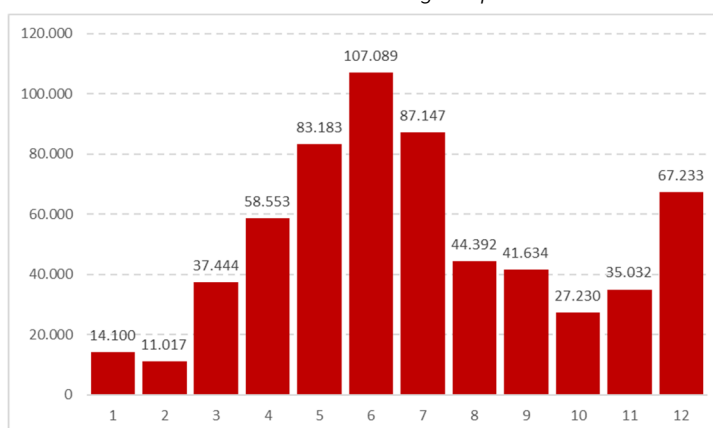
In particolare per gli *screening oncologici* si evidenzia un sostanziale recupero delle prestazioni erogate, contribuendo a giungere all'obiettivo dei livelli prestazionali del 2019, come descritto nel Piano di recupero della produttività. Di conseguenza è stato possibile aumentare il numero di soggetti controllati e già nei primi 9 mesi del 2021 sono state raggiunte le coperture come di seguito riportate:

tasso di copertura degli screening (% persone che hanno effettuato test di screening)

	soglie	Dato consolidato 2020	9 mesi 2021
screening mammografico	>=65%	50,2%	80,8%
screening citologico	>=60%	45,3%	78,7%
screening colon-retto	>=60%	52,4%	75,8%

Per le attività collegate all'emergenza, si evidenziano quelle di organizzazione e di gestione delle vaccinazioni anti Covid-19, che hanno portato ai numeri e alle coperture della popolazione per fasce d'età come di seguito rappresentato.

Numero vaccinazioni eseguite per mese



Accanto a ciò, è da rilevare ancora l'attività di contact tracing e di gestione dell'emergenza in generale, dovuta ai numerosi casi positivi presenti e all'aumento, soprattutto in questi ultimi mesi, dei nuovi casi giornalieri con covid-19.

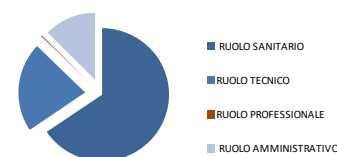
2.A.4 Il personale

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

Il personale dipendente risulta attualmente di 4.100 unità (teste), di cui 561 appartengono all'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Per quanto riguarda la composizione fra i due generi, il dato conferma una maggior presenza delle donne, pari al 75,7% dei dipendenti.

Rispetto alla composizione per ruolo, si registra la seguente distribuzione percentuale, ormai stabile da anni:



	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo
Personale dipendente	67,86%	21,69%	0,12%	10,34%

Si evidenzia che a partire dal 2020, per far fronte all'emergenza sanitaria e alla carenza di personale necessaria per svolgere le nuove attività collegate, l'Azienda ha attivato numerosi contratti co.co.co. e libero professionali per medici e infermieri.

2.A.5 Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Dal punto di vista economico-finanziario, l'analisi dell'aggiornamento trimestrale del bilancio pre-consuntivo nel corso dell'anno 2021 evidenzia un trend in miglioramento del risultato d'esercizio su cui, peraltro, come evidenziato nei paragrafi precedenti, incide in maniera rilevante l'impatto della pandemia da Covid-19.

Con riferimento all'esercizio in corso, si evidenzia che la previsione del BEP 2022 è in miglioramento rispetto al BEP 2021, il cui risultato d'esercizio risulta tuttavia influenzato dai i minori finanziamenti regionali indicati provvisoriamente da Azienda Zero nelle more del riparto definitivo per il 2022.

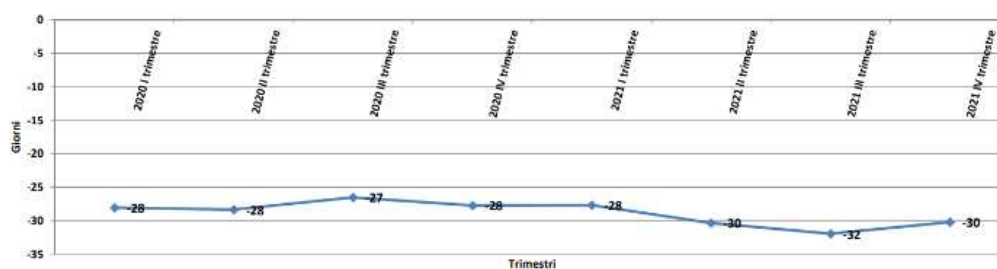
	Anno 2022		Anno 2021		
	Bilancio Economico Preventivo 2022	Bilancio Economico Preventivo 2021	Conto Economico II Trimestre 2021	Conto Economico III Trimestre 2021	Conto Economico IV Trimestre 2021
Valore della produzione	668.922.246	644.786.109	644.553.120	671.793.132	702.483.539
Costo della produzione	715.466.543	698.699.722	705.534.214	706.829.193	716.926.719
Proventi e oneri finanziari				-	
Proventi e oneri straordinari	2.800		-31.588	- 123.623	1.850.856
Imposte e tasse	14.708.686	14.735.338	15.035.377	14.839.867	15.007.630
Risultato d'esercizio	- 61.250.183	-68.648.951	- 76.048.059	- 49.999.551	-27.599.955

Il conto Economico riferito all'emergenza sanitaria Covid-19 (CeCov) registra un risultato d'esercizio pari a:

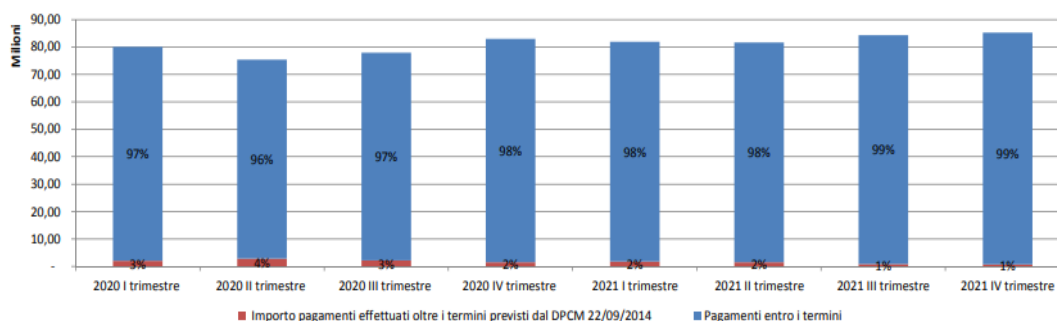
Risultato d'esercizio
CeCov: € -19.400.321

Relativamente alla **mobilità sanitaria**, la diffusione globale del Covid-19 ad inizio 2020 ha modificato la tendenza della mobilità. Per quanto riguarda la mobilità intraregionale 2021 si stima un aumento rispetto al 2020 pari periodo di 2,8 milioni di euro per la mobilità attiva e di 4,3 milioni di euro per la mobilità passiva, con un peggioramento del saldo negativo di circa 1,5 milioni di euro, riportando i valori della mobilità sostanzialmente in linea con l'anno 2019 (pre Covid-19).

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 stabilmente all'interno dei limiti di legge (D.P.C.M. 22/09/2014), con un valore del IV trimestre 2021 pari a -30,21 giorni rispetto alla scadenza.



Risulta, altresì, stabile e prossima allo zero l'incidenza dei **pagamenti oltre i termini di scadenza** (1%).



2.B. La normativa di riferimento

L'emergenza sanitaria causata dal virus covid-19 ha portato allo stravolgimento della programmazione socio-sanitaria del 2020 e ha continuato ad influenzare quella del 2021, sia a livello nazionale che regionale e locale.

Numerosi provvedimenti sono stati emanati negli ultimi due anni, inizialmente al fine di contenere e gestire l'emergenza epidemiologica e successivamente, nel 2021, anche per poter riprendere le ordinarie attività produttive, sia economiche che sanitarie, seppur ancora in presenza dell'epidemia.

Il protrarsi dell'emergenza e l'incertezza sul suo evolversi rendono pertanto molto complicato effettuare delle previsioni sul 2022; per tale motivo, la stessa Regione prevede più momenti di revisione della previsione economica annuale al fine di consentire progressive valutazioni gestionali e di sostenibilità economica aziendale e complessiva.

La programmazione aziendale dovrà altresì tenere conto del quadro normativo e programmatico e di quanto stabilito nei seguenti documenti e provvedimenti:

- 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.
- DGR 2174 del 23.12.2016 con la quale sono 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.
- L.R. 48/2018 "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023"
- DGR n. 614 del 14.05.2019 di "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale - Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati".
- DGR n. 476 del 23.04.2019 "Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo, ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi, a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate", nonché, in particolare, in attesa della definizione regionale degli obiettivi da assegnare alle Aziende del SSR per il 2022:
- la DGR n. 958 del 13.07.2021 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021" con cui la Regione Veneto ha assegnato gli obiettivi per il 2021, che tengono conto ampiamente della situazione emergenziale.

Di particolare rilevanza per l'organizzazione, la gestione e l'operatività dell'Azienda risultano infine alcuni provvedimenti aziendali, quali:

- l'Atto Aziendale, approvato con Deliberazione del Commissario n. 493 dell'8.04.2020 e aggiornato, in conformità al Decreto n. 106 del 5.10.2020 del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione, con deliberazione n. 1429 del 28.10.2020;
- i Piani aziendali di Vaccinazione anti Covid-19, per l'organizzazione e la gestione delle vaccinazioni, redatti in conformità alle indicazioni della Regione del Veneto;
- la proposta di Bilancio Economico Preventivo anno 2022.

3. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio

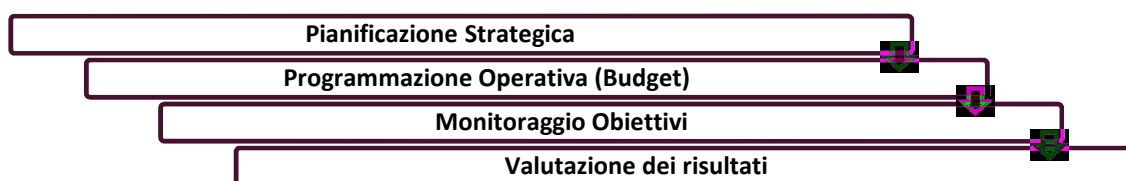
3.A. Gli aspetti metodologici

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.

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

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



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

3.B. La pianificazione strategica

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

L’Azienda ULSS 7 Pedemontana opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le indicazioni provenienti da più fonti:



La valutazione complessiva dei risultati dell'attuazione della **programmazione regionale**, volta a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, è in capo alla Giunta e al Consiglio regionale. In particolare, la DGR del Veneto n. 2172/2016 dispone che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

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

Nel 2021 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale sono stati determinati con DGR n. 958 del 13.07.2021, con una forte attenzione alla gestione dell'*emergenza sanitaria causata dal Covid-19* a cui, peraltro, sono stati collegati anche gli obiettivi di budget delle strutture operative.

Tenuto conto del protrarsi dell'emergenza, nelle more della deliberazione dei nuovi obiettivi per l'anno 2022 da parte della Regione, vengono tenuti validi gli obiettivi definiti con la suddetta DGR, che saranno 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 in corso. Rimangono confermati i prerequisiti all'accesso al sistema premiante, 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.

Per quanto riguarda le indicazioni programmatiche provenienti dal Consiglio Regionale, analogamente agli obiettivi definiti dalla Giunta Regionale, in attesa degli obiettivi per l'anno 2022, vengono confermati quelli definiti per l'anno 2021 di cui alla nota della Quinta Commissione prot. CR 0017279 del 11.11.2021 (prot. Regione V.to 543347 del 19.11.2021).

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

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

Nel complesso, ai sensi della DGR n. 958 del 13.07.2021, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR, vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno **il 70%** in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalla sopracitata DGR n. 2172/2016.

Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, nel corso del 2022 proseguirà lo sviluppo di **progetti e obiettivi specifici aziendali** finalizzati al miglioramento continuo sia in termini di efficacia che di efficienza, seppure l'attività sarà fortemente condizionata dall'evolversi dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

3.C Le macro aree strategiche

Vengono individuate quattro macro aree strategiche rispetto alle quali la Direzione Strategica identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2022-2024:



1. Integrazione

Gli obiettivi strategici dell'Azienda si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che, in un contesto in forte evoluzione, predilige una logica di sistema e di rete con bacini di utenza provinciali o sub provinciali. L'obiettivo è pertanto di spingere ulteriormente verso una riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due Distretti. Integrazione che verrà sviluppata: *in ambito ospedaliero* anche attraverso l'organizzazione "orizzontale" transmurale dei Dipartimenti effettuata con la proposta di aggiornare il nuovo Atto Aziendale; *in ambito territoriale* anche attraverso la definizione degli interventi e degli investimenti inseriti nel PNRR; *nell'area dei servizi tecnico-amministrativi* attraverso l'omogeneizzazione ed unificazione di sedi, attività e procedure operative e informatiche. La riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due distretti verrà attuata, altresì, attraverso l'individuazione e l'interscambio delle buone pratiche adottate, al fine dello sviluppo delle sinergie e della diffusione di soluzioni organizzative meglio rispondenti al perseguimento degli obiettivi aziendali.

2. Potenziamento

Fornire le migliori e le più appropriate cure possibili e garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni, in particolar modo nell'attuale contesto senza precedenti caratterizzato dal contenimento dall'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, rappresentano principi cardine per l'Azienda. In quest'area rientrano gli obiettivi di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza pandemica, il ripristino dei volumi prestazionali antecedenti il periodo pandemico e il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni.

3. Sostenibilità

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

4. Flessibilità

Rispondere tempestivamente alle fasi acute della pandemia e al ripristino della gestione dell'attività ordinaria nelle fasi post pandemiche rappresenta, mai come in questi anni, un obiettivo prioritario per l'Azienda. Risulta pertanto prioritaria la definizione e o lo sviluppo di modelli organizzativi che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni.

In quest'ottica, al fine di dare informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini, l'Azienda Ulss7 Pedemontana intende sviluppare un piano di comunicazione, anche attraverso un nuovo sito internet, che accompagni i cittadini nella conoscenza non solo dei servizi offerti ma anche delle esperienze aziendali che hanno permesso di ottenere i migliori risultati (best practice)

3.D Gli obiettivi operativi

Il 2021 è stato un anno particolare dal punto di vista sanitario, contrassegnato dall'emergenza causata dal diffondersi del virus Sars-Cov-2. La pandemia ha fortemente caratterizzato le politiche sanitarie messe in atto dal Governo e dall'Amministrazione Regionale con conseguente ricaduta sui livelli dei servizi e sulla funzione dei costi di produzione.

Il protrarsi dell'emergenza nonché l'incertezza sul suo evolversi influisce inevitabilmente sulla programmazione 2022. Per questo motivo, e coerentemente con gli **obiettivi di salute e funzionamento** 2021, vengono definiti per l'anno in corso obiettivi direttamente correlati alle attività da porre in essere per la ripresa delle attività specifiche in relazione alle macro aree aziendali. Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGR n. 958 del 13.07.2021 e verranno puntualmente aggiornati con le modifiche e le integrazioni contenute nel provvedimento della Giunta con cui la Regione determinerà i criteri di valutazione delle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2022.

Nel corso del 2022 verranno altresì sviluppati **progetti specifici aziendali**, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto già nel corso del 2021 l'avvio di gruppi multidisciplinari (gruppi di lavoro/cabine di regia) finalizzati allo sviluppo sinergico delle progettualità aziendali con definizione di soluzioni organizzative per l'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse. Sono oltre 30 i gruppi di lavoro multidisciplinari avviati nell'ultimo anno, strutturati in quattro ambiti di sviluppo principali: gruppi di lavoro per progetti e per l'ottimizzazione dei processi, gruppi di lavoro per



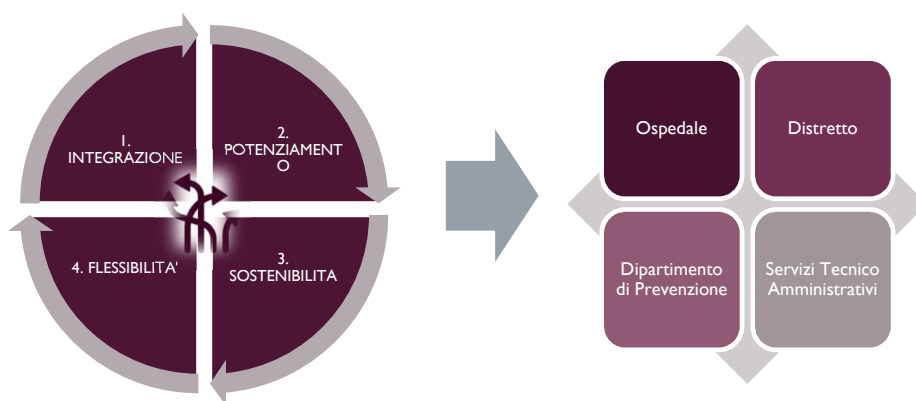
l'acquisto di beni e servizi (gare e capitolati), gruppi di lavoro per la stesura di regolamenti/ procedure e cabine di regia e tavoli permanenti aziendali.

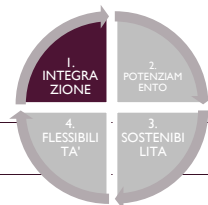
Per ciascuna delle macro aree strategiche sopra descritte, rispetto alle quali la Direzione Strategica identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2022-2024, vengono di seguito riportati gli obiettivi operativi e, ove possibile, gli indicatori e le soglie di soddisfazione, nonché l'area strategica e l'Unità operativa di riferimento. Gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale vengono contrassegnati con la lettera "R", quelli specifici aziendali vengono identificati con la lettera "A" ed evidenziati in grigio.



Nel corso del 2022, in relazione anche all'evolversi dell'emergenza, il presente piano potrà essere aggiornato e integrato al fine di adeguare la programmazione aziendale al contesto di riferimento.

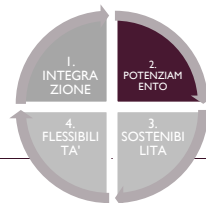
Gli obiettivi operativi definiti vengono esplicitati con evidenza delle strutture di riferimento per le diverse aree produttive aziendali: *Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Tecnico Amministrativi*.





Obiettivo Strategico 1 :Integrazione

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra gli Ospedali (presidi di Bassano, Asiago e Santorso)	A	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3
Attuazione del nuovo Atto Aziendale	A	Attuazione delle modifiche organizzative conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo di percorsi integrati Ospedale-Territorio	A	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3
Omogeneizzazione ed unificazione sedi, attività, procedure operative e informatiche per l'integrazione dei servizi tra i due Distretti	A	Attuazione delle attività secondo cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica	100% attività programmate	100% attività programmate



Obiettivo Strategico 2: Potenziamento

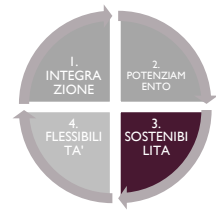
OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	R	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>=90%	>=90%
		% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=80%	>=80%
		% di parti cesarei primari	≤ 20% se ≥ 1.000 parti all'anno ≤ 15% se < 1.000 parti all'anno	≤ 20% se ≥ 1.000 parti all'anno ≤ 15% se < 1.000 parti all'anno
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>90%	>90%
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	R	Relazione di monitoraggio dei microorganismi sentinella inviati alla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	R	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	Invio dei report trimestrali nel rispetto delle scadenze definite dalla Regione	Invio dei report trimestrali nel rispetto delle scadenze definite dalla Regione
Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	R	% MGI con valore IVAQ sufficiente (>=0,65)	100%	100%
Attività di recupero delle prestazioni in lista d'attesa di ricovero e specialistica ambulatoriale (DGR 162 del 22 febbraio 2022)	R	Attuazione strumenti straordinari per il recupero delle prestazioni in lista d'attesa nel rispetto dei tempi previsti per ciascuna classe di priorità	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Ripristino dei volumi prestazionali antecedenti il periodo pandemico	Ripristino del 100% dei volumi	Secondo programmazione regionale
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	R	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi previsti della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95% per priorità B e sottoinsieme prestazioni traccianti	>95% per priorità B e sottoinsieme prestazioni traccianti
Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	R	Consumo pro capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	valore compreso tra 40% e 60%	valore compreso tra 40% e 60%
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	R	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	Soglia definita dalla Regione
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	Soglia definita dalla Regione
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	Soglia definita dalla Regione
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	R	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)



OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale	R	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
		Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	R	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<=4	Soglia definita dalla Regione
Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	R	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	100% programmazione rispettata	100% programmazione rispettata
Attuazione Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	R	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARSCoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	Soglie definite dalla programmazione regionale	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Rafforzare le azioni di contact tracing	>=70% dei casi diagnosticati	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	>=60% dei nuovi casi (totale anno) sintomatici contiene la 'data di inizio sintomi'	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	% vaccinati (con ciclo completo) nella popolazione vaccinabile over 60, per ogni fascia di età decennale >=80%	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer	>=30%	Soglie definite dalla programmazione regionale
Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/8/2020	R	Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione >=60 anni	>=75% (obiettivo minimo perseguibile) >=95% obiettivo ottimale	>=75% (obiettivo minimo perseguibile) >=95% obiettivo ottimale
		Copertura vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari	>=60%	>=60%
Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACHCLP)	R	Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	>=95%	>=95%
Contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro	R	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus Sars-Cov-2 nelle attività produttive	>=15%	>=15%
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	R	% aziende bovine controllate per anagrafe	>=3% delle aziende	>=3% delle aziende
Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	R	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	>1	>1



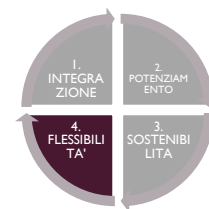
OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Rispetto degli standard di copertura per screening	R	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	>=65%	>=65%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	>=60%	>=60%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	>=60%	>=60%
Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	R	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	Partecipazione di un numero di persone pari a quello richiesto dall'Area Sanità e Sociale	Secondo programmazione regionale
	R	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	Alimentazione nel gestionale di sala operatoria della rilevazione di tempi operatori	Secondo programmazione regionale
Attuazione attività del PNRR	R	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	100%	100%
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	R	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	95%/98%	95%/98%
Attività propedeutiche ad avvio SIO	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (5 indicatori)	100%	100%
Prenotazione on line (interoperabilità)	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (4 indicatori)	100%	100%
Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	R	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	100%
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" ai sensi del comma 3 ter dell'Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010	R	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%
Monitoraggio dei rischi corruttivi dei processi mappati dal Piano Anticorruzione con Gzoom	A	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti
Sviluppo e attuazione delle attività definite dai <u>gruppi di lavoro multidisciplinari aziendali/cabine di regia</u>	A	Attuazione delle attività programmate e formulazione di soluzioni innovative	100% delle attività programmate	100% delle attività programmate
Sviluppo della Telemedicina	A	Prosecuzione della sperimentazione in Telemedicina in ambito territoriale e ospedaliero con rendicontazione delle attività	Rendicontazione dell'attività nel rispetto dei tempi definiti	Rendicontazione dell'attività nel rispetto dei tempi definiti



Obiettivo Strategico 3: Sostenibilità

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	R	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Pareggio di bilancio	Soglia definita dalla Regione
Efficienza finanziaria	R	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività dei pagamenti)	<= 0 gg	Soglia definita dalla Regione
Efficienza finanziaria	R	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%	Soglia definita dalla Regione
Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	R	Stato di avanzamento di lavori edilizi e impiantistici per l' attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	Relazione sugli stati di avanzamento secondo indicazioni regionali	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	R	Limite di Costo Farmaceutica Acquisti diretti (Decr. 40 del 16.3.2022)	Farmaci acquisti diretti al netto dei farmaci innovativi € 41.873.825 Farmaci innovativi € 4.269.516	Soglia definita dalla Regione
		Limite di Costo Dispositivi Medici (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 27.562.536	Soglia definita dalla Regione
		Limite di Costo IVD (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 5.072.080	Soglia definita dalla Regione
		Rispetto dei limiti di costo per DPC (Decr. 40 del 16.3.2022)	Limite di costo per farmaci € 11.275,177 Limiti di costo per DM €1.157.070	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	R	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 35.868.899	Soglia definita dalla Regione
		Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	Valore < valore medio delle 3 migliori performance aziendali del 2020	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	R	Costo pro capite Assistenza Integrativa (Decr. 40 del 16.3.2022))	€ 16,50	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	R	Costo pro capite per Assistenza Protesica (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 9,60	Soglia definita dalla Regione
Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	R	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	Sì	Sì

Obiettivo Strategico 4: Flessibilità



OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione e il contrasto al Covid e alla ripresa dell'attività sanitaria ordinaria	A	Attuazione delle attività necessarie per fornire risposte tempestive e uniformi	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Definizione di modelli organizzativi per il recupero della produttività	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per il recupero della produttività	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione della crisi Ucraina	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per la gestione della crisi Ucraina	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo piano di comunicazione	A	Stesura e sviluppo del piano di comunicazione	100% delle attività previste	100% delle attività previste

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. Esso 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 DGR n. 140 del 16 febbraio 2016, promuovendo a tale proposito 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, degli obiettivi e 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).

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

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance: performance organizzativa

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance. Quest'ultimo prende avvio con l'adozione del presente documento, il Piano della Performance, con il quale si individuano gli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali e si esplicita attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali: strutture complesse e strutture semplici dipartimentali (vedasi 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 dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli

scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo. Esso è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli ambiti di valutazione e la pubblicità.

✓ **Obiettivo**

Un obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Tipicamente questo valore è espresso in termini di livello di rendimento entro uno specifico intervallo valoriale e rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, però, è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori.

✓ **Indicatore**

L'indicatore di performance è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

1. comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto);
2. confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard);
3. fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento);
4. affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno).

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

✓ **Infrastruttura di supporto**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità.

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

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

✓ **Processo**

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

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi operativi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

✓ **Ambiti di valutazione**

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

✓ **Pubblicità**

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

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

4.B Metodologia Aziendale del Ciclo della 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.

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

1) Programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano Performance quale documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Come riportato nel paragrafo relativo ai riferimenti normativi, l'art. 6 del D.L. 80/2021 ha previsto che il Piano della Performance, convergerà nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.), quale documento unico di programmazione e governance. Per l'anno di transizione 2022, nelle more del Decreto con lo schema tipo del Piano, viene comunque adottato il Piano della Performance, secondo le modalità di seguito descritte, al fine dell'avvio tempestivo del Ciclo della Performance 2022.

Il Piano della Performance è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto dell'UOC Controllo di Gestione ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

A seguito del Piano della Performance viene predisposto 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.

Il Piano Performance e il Documento delle Direttive vengono presentati 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 i 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 Semplice Dipartimentale, alla presenza del Direttore di Dipartimento. Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori professionali (dirigenti medici e coordinatori per le strutture ospedaliere e dalla Direzione 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 Responsabili delle singole strutture.

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, quale supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dalla Direzione Strategica, dal Direttore di articolazione aziendale e dal Direttore di Struttura Complessa e 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;

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 (compresa l'attività in libera professione);
- ✓ eventuali risorse aggiuntive.

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

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo di approvazione delle schede di budget.

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 report sono prevalentemente mensili per i dati di attività e 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 collegati ad una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestati dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni. Nel caso emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso, vengono organizzati degli incontri specifici con i Direttori di riferimento e i Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale per analizzare le 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 di quota parte della retribuzione di risultato per la Dirigenza Medica, veterinaria e SPTA previa validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Nel mese di novembre viene effettuata un'ulteriore verifica intermedia, sulla base dei dati dei primi 9 mesi. L'UOC Controllo di Gestione trasmette via mail ai Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale le schede di budget aggiornate con i dati di verifica al 30 settembre con contestuale richiesta di compilazione dello stato dell'arte degli obiettivi di natura progettuale. Per le situazioni valutate maggiormente critiche rispetto al raggiungimento dei valori attesi, vengono fissati degli incontri con i Direttori di riferimento e i Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale per gli opportuni approfondimenti e l'analisi delle motivazioni.

4) Valutazione dei risultati ottenuti

A consuntivo l'UOC Controllo di Gestione predispone le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo e dei flussi informativi aziendali e delle Relazioni presentate per gli obiettivi progettuali e supporta i valutatori nello svolgimento delle attività di competenza finalizzate alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e all'assegnazione del punteggio ottenuto.

Il monitoraggio finale viene svolto nei mesi di aprile/maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

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

In fase di verifica, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale. Successivamente alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget ogni Responsabile procede alla valutazione degli obiettivi individuali.

Entro il 30 giugno di ogni anno deve essere inoltre redatta la Relazione sulla 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 sulla Performance viene predisposta dall'UOC Controllo di Gestione e dall'UOC Risorse Umane, approvata con Deliberazione del Direttore Generale e trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione, pena l'inefficacia della relazione stessa.

L' UOC Risorse Umane 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 2022, che potrà essere soggetto ad aggiornamenti in corso d'anno in linea con la programmazione regionale:





Documento delle Direttive 2022

*INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DEGLI
OBIETTIVI AZIENDALI*



Sommario

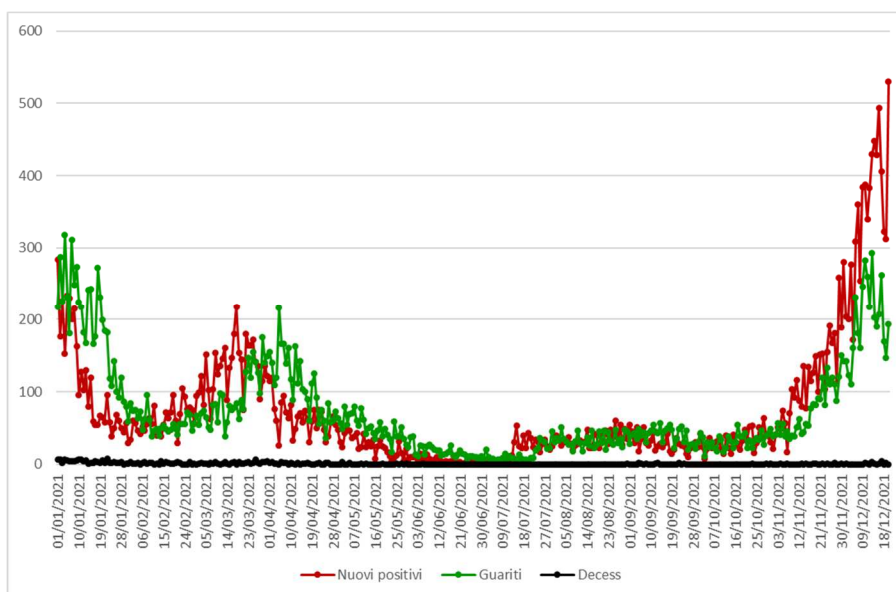
Introduzione	3
I. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio.....	5
1.A. Gli aspetti metodologici	5
1.B. La pianificazione strategica.....	5
1.C. Le macro aree strategiche.....	7
2. Gli obiettivi operativi 2022.....	8
Allegato I: Criteri di valutazione degli obiettivi di budget.....	18

Introduzione

Il Documento di Direttive rappresenta, ai sensi della L.R. n.55/94, lo strumento di raccordo tra gli strumenti della programmazione pluriennale e il sistema di budget, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati dall’Azienda.

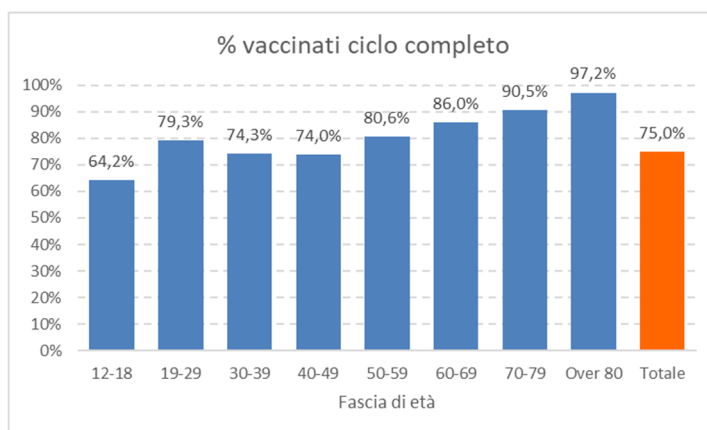
L’anno 2022 si è aperto in una fase di forte criticità in termini di contagi e di pressione sulle strutture ospedaliere: nei primi mesi dell’anno si è gestita la “coda” della cosiddetta seconda ondata dell’epidemia, iniziata nell’autunno 2020, e successivamente ci si è trovati ad affrontare la terza ondata, caratterizzata da un numero inferiore di contagi e ricoveri che hanno interessato anche fasce di popolazione più giovani.

Andamento epidemia Covid 2021 – Residenti Aulss 7 Pedemontana



Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali, l’Azienda ULSS 7 Pedemontana ha adottato tutte le azioni necessarie, sia dal punto di vista organizzativo che logistico, per garantire il pieno rispetto della campagna di vaccinazioni anti Covid-19, secondo le modalità definite nel Piano Aziendale.

La campagna vaccinale ha visto un progressivo aumento del numero di dosi somministrate giornalmente secondo le linee guida della Regione Veneto. Complessivamente a fine anno si è raggiunta una copertura del 75% sulla popolazione complessivamente vaccinabile (dai 12 anni in su), con situazioni fortemente differenziate per fascia di età: solamente sotto ai 50 anni la copertura è inferiore all’80% della popolazione. A completamento della campagna ha preso avvio il 16 dicembre 2021 la vaccinazione per i bambini di età 5-11 anni, con la somministrazione della prima dose a 200 bambini residenti nell’Azienda ULSS 7 Pedemontana entro della fine del 2021.



Altro elemento del 2021 che costituisce un punto di forza e di risposta alla crisi pandemica è dato dalla predisposizione del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, lo strumento che traccia gli obiettivi, le riforme e gli investimenti che l’Italia intende realizzare grazie all’utilizzo dei fondi europei di *Next Generation*

EU, per attenuare l'impatto economico e sociale della pandemia e rendere l'Italia un Paese più equo, verde e inclusivo, con un'economia più competitiva, dinamica e innovativa.

Il PNRR si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree "tematiche" strutturali di intervento. La missione 6, a titolarità del Ministero della Salute, è dedicata ad obiettivi legati al rafforzamento della prevenzione e dei servizi sanitari sul territorio, alla modernizzazione e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Con particolare riguardo alle stringenti tempistiche previste dal dispositivo, la Regione Veneto ha dato avvio nel 2021 alle attività connesse all'attuazione del PNRR e per l'anno 2022 sarà prioritario dare proprio attuazione alle attività programmate di competenza dell'Azienda Ulss7 Pedemontana.

In tale contesto va citato altresì il Decreto Legge n° 80/2021 che introduce misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del PNRR e per l'efficienza della giustizia. Il provvedimento mira a uniformare e snellire la realizzazione degli strumenti di programmazione, facendo confluire in un *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)* gli aspetti di organizzazione, performance, valutazione e transizione digitale delle PA, includendo anche il lavoro agile tra gli asset determinanti.

In attesa di disposizioni specifiche in merito alla definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e alla luce di quanto sopra descritto in merito al contesto generale, viene quindi predisposto il presente Piano della Performance definendo necessariamente anche gli obiettivi prioritari collegati alla ripresa dell'attività ordinaria sanitaria e al recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale, non sottovalutando, tuttavia, la possibilità di eventuali nuove ondate e sospensioni dell'attività dovute alla pandemia

I. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio

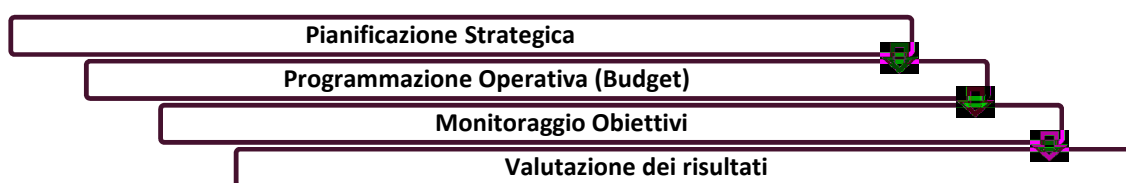
1.A. Gli aspetti metodologici

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.

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

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

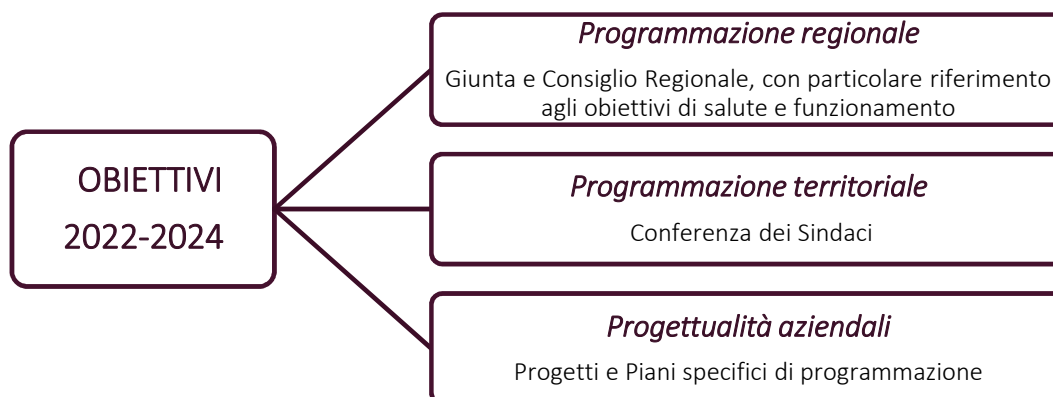


Come evidenziato nella sezione “4.B Metodologia Aziendale del Processo di Budget”, al fine di evidenziare gli eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato viene attuato un sistema di monitoraggio degli obiettivi con cadenza periodica e con reportistica specifica a seconda della tipologia del dato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

1.B. La pianificazione strategica

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

L’Azienda ULSS 7 Pedemontana opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le indicazioni provenienti da più fonti:



La valutazione complessiva dei risultati dell'attuazione della **programmazione regionale**, volta a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, è in capo alla Giunta e al Consiglio regionale. In particolare, la DGR del Veneto n. 2172/2016 dispone che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

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

Nel 2021 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale sono stati determinati con DGR n. 958 del 13.07.2021, con una forte attenzione alla gestione dell'*emergenza sanitaria causata dal Covid-19* a cui, peraltro, sono stati collegati anche gli obiettivi di budget delle strutture operative.

Tenuto conto del protrarsi dell'emergenza, nelle more della deliberazione dei nuovi obiettivi per l'anno 2022 da parte della Regione, vengono tenuti validi gli obiettivi definiti con la suddetta DGR, che saranno 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 in corso. Rimangono confermati i prerequisiti all'accesso al sistema premiante, 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.

Per quanto riguarda le indicazioni programmatiche provenienti dal Consiglio Regionale, analogamente agli obiettivi definiti dalla Giunta Regionale, in attesa degli obiettivi per l'anno 2022, vengono confermati quelli definiti per l'anno 2021 di cui alla nota della Quinta Commissione prot. CR 0017279 del 11.11.2021 (prot. Regione V.to 543347 del 19.11.2021).

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

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

Nel complesso, ai sensi della DGR n. 958 del 13.07.2021, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR, vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno **il 70%** in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalla sopracitata DGR n. 2172/2016.

Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, nel corso del 2022 proseguirà lo sviluppo di **progetti e obiettivi specifici aziendali** finalizzati al miglioramento continuo sia in termini di efficacia che di efficienza, seppure l'attività sarà fortemente condizionata dall'evolversi dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

1.C Le macro aree strategiche

Vengono individuate quattro macro aree strategiche rispetto alle quali la Direzione Strategica identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2022-2024:



1. *Integrazione*

Gli obiettivi strategici dell'Azienda si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che, in un contesto in forte evoluzione, predilige una logica di sistema e di rete con bacini di utenza provinciali o sub provinciali. L'obiettivo è pertanto di spingere ulteriormente verso una riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due Distretti. Integrazione che verrà sviluppata: *in ambito ospedaliero* anche attraverso l'organizzazione "orizzontale" transmurale dei Dipartimenti effettuata con la proposta di aggiornare il nuovo Atto Aziendale; *in ambito territoriale* anche attraverso la definizione degli interventi e degli investimenti inseriti nel PNRR; *nell'area dei servizi tecnico-amministrativi* attraverso l'omogeneizzazione ed unificazione di sedi, attività e procedure operative e informatiche. La riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due distretti verrà attuata, altresì, attraverso l'individuazione e l'interscambio delle buone pratiche adottate, al fine dello sviluppo delle sinergie e della diffusione di soluzioni organizzative meglio rispondenti al perseguimento degli obiettivi aziendali.

2. *Potenziamento*

Fornire le migliori e le più appropriate cure possibili e garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni, in particolar modo nell'attuale contesto senza precedenti caratterizzato dal contenimento dall'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, rappresentano principi cardine per l'Azienda. In quest'area rientrano gli obiettivi di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza pandemica, il ripristino dei volumi prestazionali antecedenti il periodo pandemico e il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni.

3. Sostenibilità

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

4. Flessibilità

Rispondere tempestivamente alle fasi acute della pandemia e al ripristino della gestione dell'attività ordinaria nelle fasi post pandemiche rappresenta, mai come in questi anni, un obiettivo prioritario per l'Azienda. Risulta pertanto prioritaria la definizione e o lo sviluppo di modelli organizzativi che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni.

In quest'ottica, al fine di dare informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini, l'Azienda Ulss7 Pedemontana intende sviluppare un piano di comunicazione, anche attraverso un nuovo sito internet, che accompagni i cittadini nella conoscenza non solo dei servizi offerti ma anche delle esperienze aziendali che hanno permesso di ottenere i migliori risultati (best practice)

2. Gli obiettivi operativi 2022

Il 2021 è stato un anno particolare dal punto di vista sanitario, contrassegnato dall'emergenza causata dal diffondersi del virus Sars-Cov-2. La pandemia ha fortemente caratterizzato le politiche sanitarie messe in atto dal Governo e dall'Amministrazione Regionale con conseguente ricaduta sui livelli dei servizi e sulla funzione dei costi di produzione.

Il protrarsi dell'emergenza nonché l'incertezza sul suo evolversi influisce inevitabilmente sulla programmazione 2022. Per questo motivo, e coerentemente con gli **obiettivi di salute e funzionamento** 2021, vengono definiti per l'anno in corso obiettivi direttamente correlati alle attività da porre in essere per la ripresa delle attività specifiche in relazione alle macro aree aziendali. Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGR n. 958 del 13.07.2021 e verranno puntualmente aggiornati con le modifiche e le integrazioni contenute nel provvedimento della Giunta con cui la Regione determinerà i criteri di valutazione delle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2022.



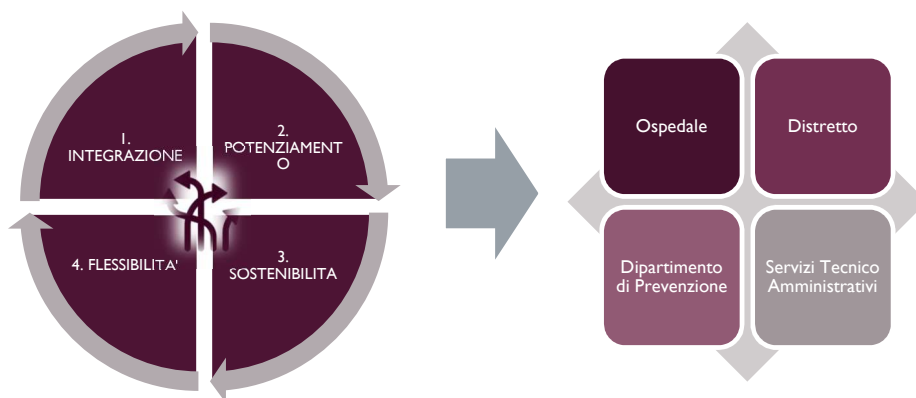
Nel corso del 2022 verranno altresì sviluppati **progetti specifici aziendali**, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto già nel corso del 2021 l'avvio di **gruppi multidisciplinari** (gruppi di lavoro/cabine di regia) finalizzati allo sviluppo sinergico delle progettualità aziendali con definizione di soluzioni organizzative per l'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse. Sono oltre 30 i gruppi di lavoro multidisciplinari avviati nell'ultimo anno, strutturati in quattro ambiti di sviluppo principali: gruppi di lavoro per progetti e per l'ottimizzazione dei processi, gruppi di lavoro per l'acquisto di beni e servizi (gare e capitolati), gruppi di lavoro per la stesura di regolamenti/ procedure e cabine di regia e tavoli permanenti aziendali.

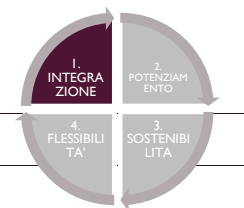


Per ciascuna delle macro aree strategiche sopra descritte, rispetto alle quali la Direzione Strategica identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2022-2024, vengono di seguito riportati gli obiettivi operativi e, ove possibile, gli indicatori e le soglie di soddisfazione, nonché l'area strategica e l'Unità operativa di riferimento. Gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale vengono contrassegnati con la lettera "R", quelli specifici aziendali vengono indentificati con la lettera "A" ed evidenziati in grigio.

Nel corso del 2022, in relazione anche all'evolversi dell'emergenza, il presente piano potrà essere aggiornato e integrato al fine di adeguare la programmazione aziendale al contesto di riferimento.

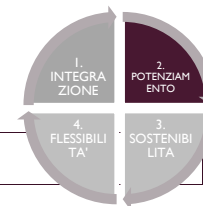
Gli obiettivi operativi definiti vengono esplicitati con evidenza delle strutture di riferimento per le diverse aree produttive aziendali: *Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Tecnico Amministrativi*.





Obiettivo Strategico 1 :Integrazione

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra gli Ospedali (presidi di Bassano, Asiago e Santorso)	A	Numero di percorsi attivati	>=3	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
Attuazione del nuovo Atto Aziendale	A	Attuazione delle modiche organizzative conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale	100% delle attività previste	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
Sviluppo di percorsi integrati Ospedale-Territorio	A	Numero di percorsi attivati	>=3	DS - DSS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere Direzione Funzione Territoriale UUOO Territoriali
Omogeneizzazione ed unificazione sedi, attività, procedure operative e informatiche per l'integrazione dei servizi tra i due Distretti	A	Attuazione delle attività secondo cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica	100% attività programmate	DA	UU.OO. Servizi Tecnico Amministrativi



Obiettivo Strategico 2: Potenziamento

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	R	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>=90%	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
		% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=80%	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
		% di parti cesarei primari	≤ 20% se ≥ 1.000 parti all'anno ≤ 15% se < 1.000 parti all'anno	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>90%	DS	Direzioni Mediche UUOO ospedaliere
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	R	Relazione di monitoraggio dei microorganismi sentinella inviati alla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	DS	Risk Manager
Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	R	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	Invio dei report trimestrali nel rispetto delle scadenze definite dalla Regione	DSS	Cure Primarie
Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	R	% MGI con valore IVAQ sufficiente (>=0,65)	100%	DSS	Cure Primarie



OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Attività di recupero delle prestazioni in lista d'attesa di ricovero e specialistica ambulatoriale (DGR 162 del 22 febbraio 2022)	R	Attuazione strumenti straordinari per il recupero delle prestazioni in lista d'attesa nel rispetto dei tempi previsti per ciascuna classe di priorità	100% di quanto previsto	DS	DDMMOO Assistenza Specialistica
		Ripristino dei volumi prestazionali antecedenti il periodo pandemico	Ripristino del 100% dei volumi	DS	DDMMOO Assistenza Specialistica
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	R	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95% per priorità B e sottoinsieme prestazioni traccianti	DS DSS	DDMMOO Assistenza Specialistica
Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	R	Consumo pro capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	valore compreso tra 40% e 60%	DS DSS	DDMMOO Assistenza Specialistica
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	R	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	DSS	Cure Primarie
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	DSS	Cure Primarie
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	DSS	Cure Primarie
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	R	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	DSS	Cure Palliative



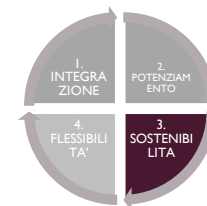
OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale	R	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	DSS	Psichiatria
		Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	DSS	Psichiatria
Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	R	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<=4	DSS	Psichiatria
Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	R	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	100% programmazione rispettata	DSS / DS	Direzione professioni sanitarie
Attuazione Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	R	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	Soglie definite dalla programmazione regionale	DS	SISP
		Rafforzare le azioni di contact tracing	>=70% dei casi diagnosticati	DS	SISP
		Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	>=60% dei nuovi casi (totale anno) sintomatici contiene la 'data di inizio sintomi'	DS	Dipartimento di Prevenzione
		Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	% vaccinati (con ciclo completo) nella popolazione vaccinabile over 60, per ogni fascia di età decennale >=80%%	DS	SISP Referente aziendali vaccinazioni
		Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer	>=30%	DS	SISP Referente aziendali vaccinazioni



OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/8/2020	R	Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione >=60 anni	>=75% (obiettivo minimo perseguibile) >=95% obiettivo ottimale	DS DSS	SISP Cure Primarie
		Copertura vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari	>=60%	DS	SISP DDMMOO Direzioni Distretto
Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACHCLP)	R	Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	>=95%	DS	SPISAL SISP
Contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro	R	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus Sars-Cov-2 nelle attività produttive	>=15%	DS	SPISAL
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	R	% aziende bovine controllate per anagrafe	>=3% delle aziende	DS	SVSA
Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	R	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	>1	DS	SIAN e SIAOA
Rispetto degli standard di copertura per screening	R	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	>=65%	DS	SCREENING
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	>=60%	DS	SCREENING
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	>=60%	DS	SCREENING
Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	R	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	Partecipazione di un numero di persone pari a quello richiesto dall'Area Sanità e Sociale	DA	Controllo di Gestione
	R	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	Alimentazione nel gestionale di sala operatoria della rilevazione di tempi operatori	DA	Controllo di Gestione

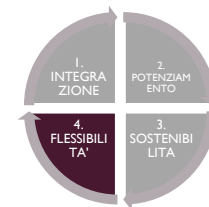


OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Attuazione attività del PNRR	R	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	100%	DA	Servizio Tecnico
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	R	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	95%/98%	DA	Sistemi Informativi
Attività propedeutiche ad avvio SIO	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (5 indicatori)	100%	DA	Sistemi Informativi
Prenotazione on line (interoperabilità)	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (4 indicatori)	100%	DA	Sistemi Informativi Direzione Amministrativa di Ospedale
Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	R	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	DA	Controllo di Gestione
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" ai sensi del comma 3 ter dell'Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010	R	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	DA	Affari Generali
Monitoraggio dell'analisi dei processi con mappatura del rischio anticorruzione	A	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	DA	RPCT Internal audit
Sviluppo e attuazione delle attività definite dai <u>gruppi di lavoro multidisciplinari aziendali/cabine di regia</u>	A	Attuazione delle attività programmate e formulazione di soluzioni innovative	100% delle attività programmate	DSS / DS	UUOO aziendali coinvolte
Sviluppo della Telemedicina	A	Prosecuzione della sperimentazione in Telemedicina in ambito territoriale e ospedaliero con rendicontazione delle attività	Rendicontazione dell'attività nel rispetto dei tempi definiti	DSS / DS	UUOO coinvolte nel progetto



Obiettivo Strategico 3: Sostenibilità

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	R	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Pareggio di bilancio	DA	Contabilità e bilancio
Efficienza finanziaria	R	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività dei pagamenti)	<= 0 gg	DA	Contabilità e bilancio
Efficienza finanziaria	R	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%	DA	Contabilità e bilancio
Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	R	Stato di avanzamento di lavori edilizi e impiantistici per l' attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	Relazione sugli stati di avanzamento secondo indicazioni regionali	DA	Servizio tecnico
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	R	Limite di Costo Farmaceutica Acquisti diretti (Decr. 40 del 16.3.2022)	Farmaci acquisti diretti al netto dei farmaci innovativi € 41.873.825 Farmaci innovativi € 4.269.516	DS DA	Farmacia
		Limite di Costo Dispositivi Medici (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 27.562.536	DS	Farmacia Provveditorato Economato e gestione logistica
		Limite di Costo IVD (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 5.072.080	DA	Provveditorato Economato e gestione logistica
		Rispetto dei limiti di costo per DPC (Decr. 40 del 16.3.2022)	Limite di costo per farmaci € 11.275,177 Limiti di costo per DM €1.157.070	DS DA	Farmacia
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	R	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 35.868.899	DSS	Assistenza Farmaceutica Territoriale
		Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	Valore < valore medio delle 3 migliori performance aziendali del 2020	DSS	Assistenza Farmaceutica Territoriale
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	R	Costo pro capite Assistenza Integrativa (Decr. 40 del 16.3.2022))	€ 16,50	DSS	Assistenza Farmaceutica Territoriale
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	R	Costo pro capite per Assistenza Protesica (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 9,60	DSS	Assistenza Farmaceutica Territoriale
Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	R	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	Sì	DA	Controllo di Gestione RPCT



Obiettivo Strategico 4: Flessibilità

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA DI RIFERIMENTO
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione e il contrasto al Covid e alla ripresa dell'attività sanitaria ordinaria	A	Attuazione delle attività necessarie per fornire risposte tempestive e uniformi	100% delle attività previste	DS	UUOO Dipartimento di Prevenzione
Definizione di modelli organizzativi per il recupero della produttività	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per il recupero della produttività	100% delle attività previste	DS	UUOO Ospedaliere UUOO Dipartimento di Prevenzione
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione della crisi Ucraina	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per la gestione della crisi Ucraina	100% delle attività previste	DS	UUOO Dipartimento di Prevenzione
Sviluppo piano di comunicazione	A	Stesura e sviluppo del piano di comunicazione	100% delle attività previste	DG	Ufficio Stampa - URP

Allegato I: Criteri di valutazione degli obiettivi di budget

Obiettivi e indicatori

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

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

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

Tipologia di indicatore sì/no

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

Esempio:

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

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

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


Tipologia di indicatore quantitativo

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

La fascia utilizzata per gli indicatori quantitativi è la seguente:

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

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

INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO x	Scostamento consuntivo su atteso		Avanzamento obiettivo in % (fascia)	Coefficiente fascia
percentuale di prestazioni garantite Classe B: valore soglia 95%	95	95	95 su 95	=	100	1
percentuale di prestazioni garantite Classe D: valore soglia 95%	95	78	78 su 95	=	82,1	0.8

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

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

Tipologia di indicatore data

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

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

Indicatore "Rispetto del budget economico assegnato per Beni e Service"

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

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


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

Valutazione finale

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

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


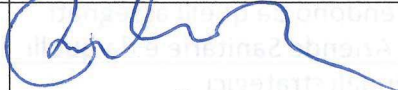
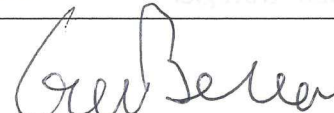
Nel caso di obiettivi non valutabili per cause esterne all'Unità Operativa i pesi assegnati verranno riproporzionati sui rimanenti obiettivi.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		


INDICE

1. Scopo e campo di applicazione	2
2. Riferimenti	3
3. Definizioni ed abbreviazioni	4
4. Responsabilità	4
5. Gruppo di lavoro	4
6. Il processo Misurazione del Ciclo della Performance	5
7. La performance organizzativa	6
8. La performance individuale	9
9. Collegamento tra il ciclo della performance e quello di valutazione degli incarichi	10

DISTRIBUITA A: Direttori di Unità Operative Complesse e Responsabili di Unità Operative Semplici Dipartimentali

	Nome e Funzione	Firma	Data
Compilata da	dott.ssa Michela Piccinini Direttore UOC Controllo di Gestione		07/03/2022
Verificata da	dott.ssa Michela Conte Direttore Amministrativo		07/03/2022
Approvata da	dott. Carlo Bramezza Direttore Generale		07/03/2022

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	07/03/2022	Prima emissione

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

1. Scopo e campo di applicazione

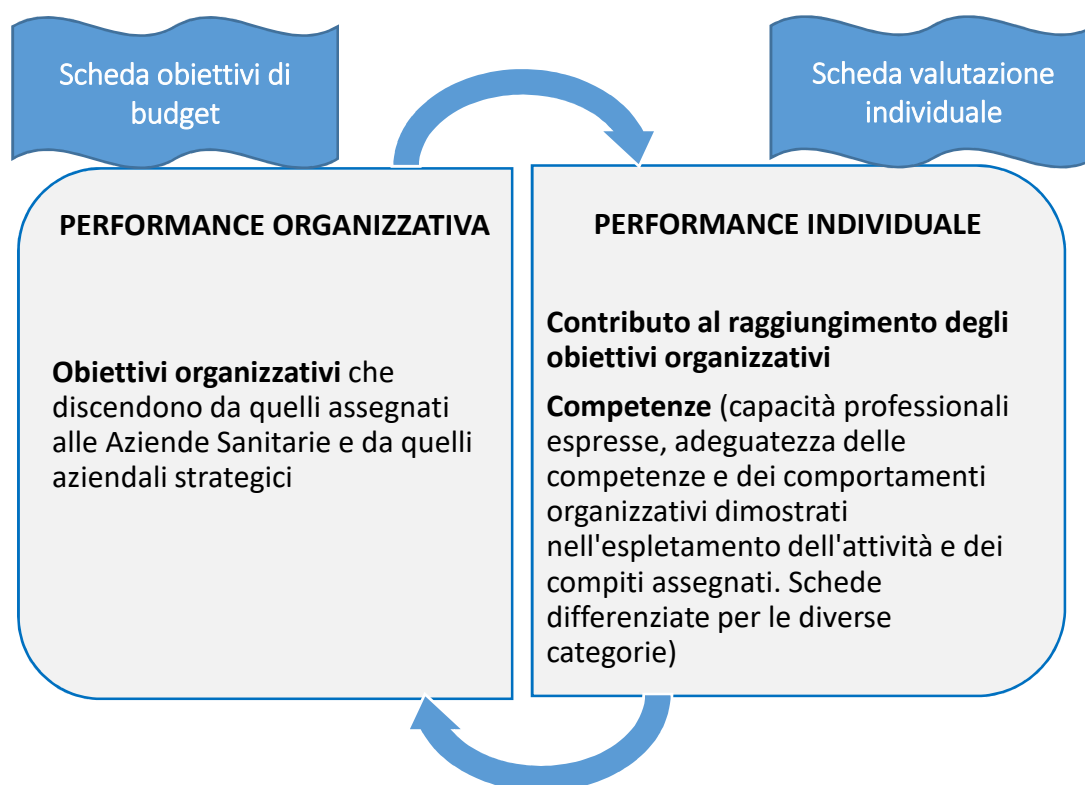
La presente procedura si applica al processo “Misurazione del Ciclo delle Performance” dell’Azienda Ulss n.7 Pedemontana e si applica a tutte le articolazioni organizzative aziendali.


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 relativo al ciclo di gestione della performance, secondo quanto indicato nell’art.4 del D. Lgs. n. 150/2009, si sviluppa nelle seguenti fasi:

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori
- b) Collegamento fra 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.

Gli strumenti per la declinazione degli obiettivi aziendali sono:



	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

2. Riferimenti


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 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- 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 D. Lgs. 150/2009*.
- D.G.R.V. n. 405 del 06.04.2017 che precisa ulteriormente quanto disciplinato dalla D.R.G.V. 140/2016.
- Decreto Legge n. 80/2021 ad oggetto "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", che all'art.6 disciplina il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Nell'ambito delle norme adottate per la realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n.80 ha introdotto un nuovo adempimento per le Pubbliche Amministrazioni (con più di 50 dipendenti, esclusi gli istituti scolastici): l'obbligo di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale documento unico in cui verranno riuniti i diversi seguenti piani di programmazione aziendale (Piano della Performance, Piani Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; Piano Triennale del fabbisogno del Personale, Piano delle azioni positive, Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA)). Il Piano deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

Con Decreto Legge n.228 del 30.12.2021 è stata differita l'adozione del PIAO al 30.04.2022.

Per l'anno di transizione 2022, nelle more del Decreto con lo schema tipo del Piano, viene comunque adottato il Piano della Performance, secondo le modalità di seguito descritte, al fine dell'avvio tempestivo del Ciclo di gestione della Performance 2022.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

3. Definizioni ed abbreviazioni

Nel documento sono presenti le seguenti abbreviazioni:

DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Socio Sanitari
DMO / DMFO	Direzione Medica Ospedaliera / Direttore Medico della Funzione Ospedaliera
DFT	Direzione della Funzione Territoriale
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
U.O.C. / U.O.S.D.	Unità Operativa Complessa / Unità Operativa Semplice Dipartimentale

4. Responsabilità


Si riporta di seguito la matrice con i soggetti coinvolti nel processo e le relative responsabilità.

Attività	Direzione	UOC Controllo di Gestione	UOC Gestione Risorse Umane	UU.OO	O.I.V.	Documento
Predisposizione Piano della Performance e avvio del ciclo della performance	R	C			R*	- Piano Performance - Delibera approvazione Piano Performance
Negoziante e assegnazione obiettivi organizzativi	R	C		C		- Schede di budget - Delibera approvazione Schede
Monitoraggio intermedio obiettivi organizzativi	R	R*		C		- Report con analisi scostamenti - Verbali incontri monitoraggio intermedio
Valutazione finale performance organizzativa	R	R*		C	R*	- Relazione sulla performance
Valutazione finale performance individuale			R		R*	- Schede di valutazione individuali firmate
Approvazione relazione sulla Performance	R	C	C		R*	- Relazione sulla Performance - Delibera approvazione Relazione sulla Performance
Validazione Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V.					R	- Verbale O.I.V.
Erogazione premialità			R		R*	- Cedolino paga
Archiviazione Schede obiettivi di Budget		R				-
Archiviazione Schede di valutazione individuale			R			-

R= Responsabile, C= collabora, R*= Responsabile per la parte di competenza

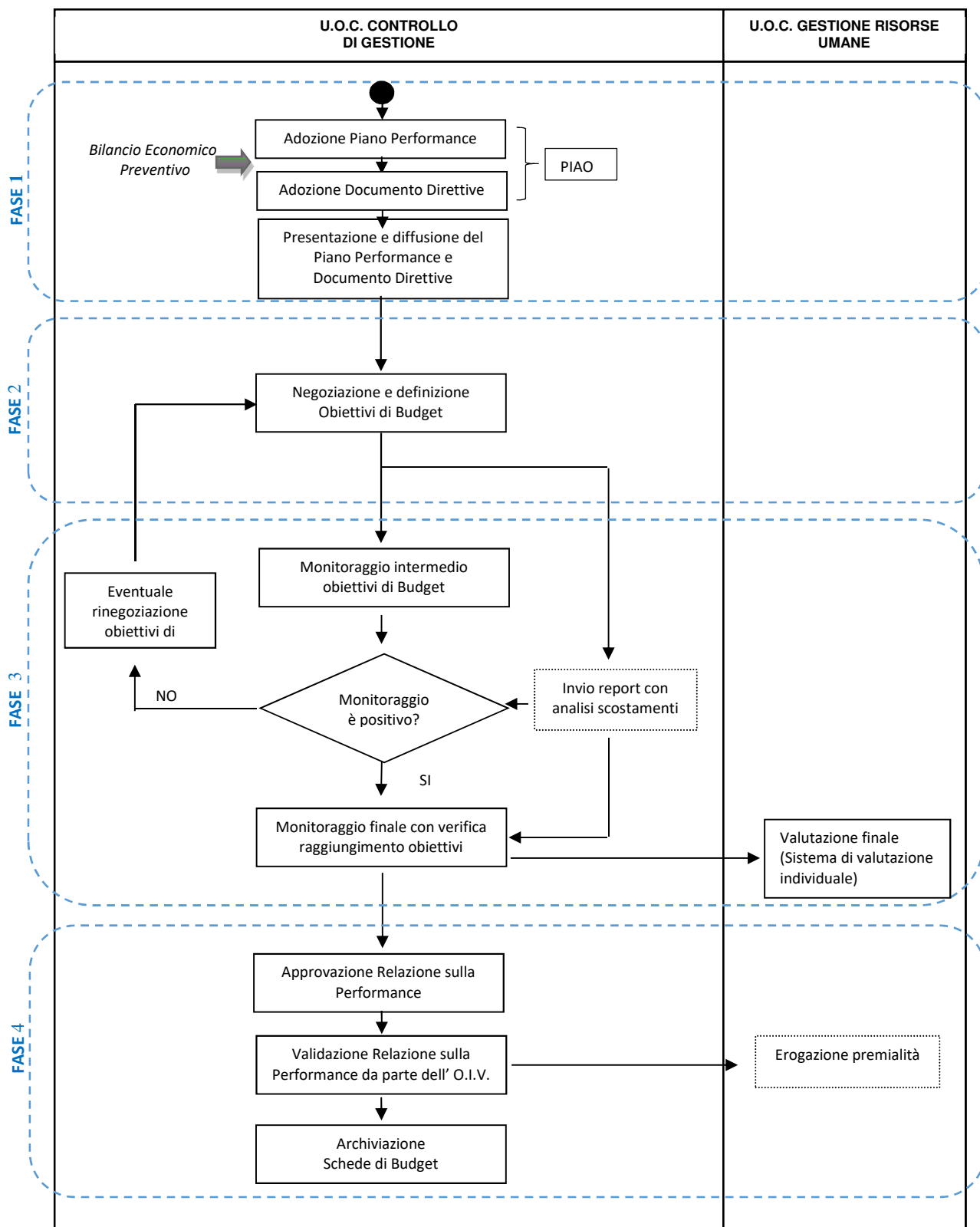
5. Gruppo di lavoro

Michela Piccinini	UOC Controllo di Gestione
Nadia Pozzobon	UOC Controllo di Gestione
Cristiano Galizian	UOC Gestione Risorse Umane

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

6. Il processo Misurazione del Ciclo della Performance

Il ciclo di gestione della performance (organizzativa ed individuale) avviene secondo le tempistiche e le modalità presentate nel seguente diagramma di flusso



	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

7. La performance organizzativa

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

Fase 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. Come riportato nel paragrafo relativo ai riferimenti normativi, l'art. 6 del D.L. 80/2021 ha previsto che il Piano della Performance, convergerà nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.), quale documento unico di programmazione e governance. Per l'anno di transizione 2022, nelle more del Decreto con lo schema tipo del Piano, viene comunque adottato il Piano della Performance, secondo le modalità di seguito descritte, al fine dell'avvio tempestivo del Ciclo della Performance 2022.

Il Piano della Performance è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto dell'UOC Controllo di Gestione ed adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

A seguito del Piano della Performance viene predisposto 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.

Il Piano Performance e il Documento delle Direttive vengono presentati 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.

Fase 2: formulazione del Budget

Il Budget annuale è lo strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definiscono le attività e i 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 Semplice Dipartimentale, alla presenza del Direttore di Dipartimento. Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori professionali (dirigenti medici e coordinatori per le strutture ospedaliere e dalla Direzione 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 Responsabili delle singole strutture.

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, quale supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dalla Direzione Strategica, dal Direttore di articolazione aziendale e dal Direttore di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

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;

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 (compresa l'attività in libera professione);
- ✓ eventuali risorse aggiuntive.

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

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo di approvazione delle schede di budget.


Fase 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 report sono prevalentemente mensili per i dati di attività e 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 collegati ad una modifica organizzativa e che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestati dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni. Nel caso emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso, vengono organizzati degli incontri specifici con i Direttori di riferimento e i Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale per analizzare le 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 di quota parte della retribuzione di risultato per la Dirigenza Medica, veterinaria e SPTA previa validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Nel mese di novembre viene effettuata un'**ulteriore verifica intermedia**, sulla base dei dati dei primi 9 mesi. L'UOC Controllo di Gestione trasmette via mail ai Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale le scheda di budget aggiornate con i dati di verifica al 30 settembre con contestuale richiesta di compilazione dello stato dell'arte degli obiettivi di natura progettuale. Per le situazioni valutate maggiormente critiche rispetto al raggiungimento dei valori attesi, vengono fissati degli incontri con i Direttori di riferimento e i Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale per gli opportuni approfondimenti e l'analisi delle motivazioni.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

Fase 4: valutazione dei risultati ottenuti

A consuntivo l'UOC Controllo di Gestione predispose 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 sulla 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 sulla Performance viene predisposta dall'UOC Controllo di Gestione e dall'UOC Risorse Umane, approvata con Deliberazione del Direttore Generale e trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione, pena l'inefficacia della relazione stessa.

L'UOC Risorse Umane provvede, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione della parte incentivante della retribuzione sulla base degli accordi sindacali.

Con riferimento alla **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	Verifica interm/ finale rinegoziazione	Valutazione	Validazione
U.O.C./U.O.S.D. Ospedale	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D. -DMO - DMFO- DS	DMO DIR. DIP.	DMO – DS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Distretto	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D.- Dir. Distretto – DFT- DSS-DS	Dir. Distretto	Dir. Distretto - DFT - DS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento di Prevenzione	Responsabile U.O.C. - U.O.S.D. - Dir. Dip. Prevenzione – DS	Dir. Dip. Prevenzione	Dir. Dip. Prevenzione – DS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Amministrativi	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D - DA	DA	DA	OIV
Strutture in staff	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D - DA – DS - DSS	DA – DS - DSS	DA – DS-DSS	OIV
Direzione Articolazione Aziendale	Responsabile U.O.C. - U.O.S.D - DA – DS	DA – DS	DA – DS	OIV
Direttori di Dipartimento	Dir. Dipartimento – Resp.Articolazione Aziendale-Direttore di Area	Resp.Artic.Aziendale-Direttore di Area	Resp.Artic.Aziendale-Direttore di Area	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento Salute mentale	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D –Dir. Dip.- DSS	Dir. Dip.-DSS	DSS	OIV
U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento dipendenze	Responsabile U.O.C. - U.O.S.D –Dir.Dip.- DFT-DS-DSS	Dir.Dip.- DFT	DFT - DSS	OIV

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 0 del 07/03/2022
Misurazione del Ciclo delle Performance		

8. La performance individuale

La valutazione della performance individuale interessa il personale dell'Azienda con le seguenti finalità:

- qualificare il sistema di gestione delle risorse umane e il capitale sociale presente all'interno dell'Azienda;
- promuovere comportamenti coerenti con gli obiettivi e le strategie aziendali;
- premiare il contributo individuale di tutti i dipendenti rispetto agli obiettivi aziendali e della struttura organizzativa di appartenenza;
- supportare le politiche di sviluppo del personale;
- accrescere il senso di identità e di appartenenza.

La valutazione della performance individuale, combinata con la valutazione della performance organizzativa di unità operativa, è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi economici, di cui ai relativi fondi contrattuali, regolamentati dal sistema premiante negoziato con i rappresentanti dei lavoratori.

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 quantifica il premio economico, per ogni singolo dipendente, in relazione al livello di performance organizzativa e individuale raggiunto nell'anno.

La valutazione della performance individuale prevede una valutazione di prima istanza effettuata dal dirigente diretto superiore del valutato, eventualmente supportato da figure di coordinamento intermedio anche non di livello dirigenziale (posizioni organizzative e coordinatori), e comunque sempre da un soggetto che sia direttamente a conoscenza dell'attività svolta dal valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione, nonché da una valutazione di seconda istanza effettuata da un soggetto terzo che valida il processo di valutazione (O.I.V.).


Il processo di valutazione individuale

La valutazione della performance individuale viene effettuata per tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato, sia della dirigenza che del comparto, che prestano servizio presso l'Azienda ULSS 7 ed ha periodicità annuale. Il periodo di riferimento della valutazione è l'anno solare.

Il processo di valutazione è strutturato nelle seguenti fasi:

1. Il **processo di budget** è lo strumento gestionale attraverso il quale, annualmente, la Direzione Generale individua gli obiettivi e la programmazione specifica dell'attività aziendale.
2. Dirigenti di struttura e coordinatori hanno l'**obbligo di illustrare ai collaboratori gli obiettivi assegnati**. Dell'illustrazione degli obiettivi dovrà essere redatto verbale da sottoscrivere per presa visione da tutti gli appartenenti all'U.O. presenti.
3. Entro il mese di settembre/ottobre di ciascun anno si provvederà a **verifica intermedia** dell'effettivo stato di avanzamento delle attività legate al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Di tale risultato sarà data obbligatoriamente comunicazione a tutto il personale afferente all'U.O. con l'intento di programmare eventuali correttivi di attività, nel caso la verifica evidenzi eventuali criticità nel raggiungimento degli obiettivi. Lo stesso procedimento andrà applicato nei confronti di quei lavoratori per i quali è ipotizzabile una valutazione personale negativa, quanto al fine di mettere in atto un percorso di miglioramento delle performance individuali.

La valutazione annuale avviene con la compilazione di una scheda individuale in formato elettronico disponibile in un software appositamente predisposto, a cui si accede tramite profilo con account personale.

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>ULSS7 PEDEMONTANA</p>	<p>Direzione Generale</p>	<p>PR75157AZ</p>
	<p>UOC Controllo di Gestione</p>	<p>Rev. n. 0 del 07/03/2022</p>
<p>Misurazione del Ciclo delle Performance</p>		

Le schede di valutazione della performance individuale sono:

1. Scheda di valutazione per l'**Area del Comparto**;
2. Schede di valutazione per le **Aree della Dirigenza**, distinte in:
 - Scheda di valutazione del dirigente;
 - Scheda di valutazione del dirigente con incarico di direzione di struttura complessa /semplice a valenza dipartimentale;

Tutte le schede hanno punteggio massimo di 30 punti, si differenziano per i fattori di valutazione ed i punteggi attribuiti ai fattori.

9. Collegamento tra il ciclo della performance e quello di valutazione degli incarichi

L'esito della valutazione della performance organizzativa e della performance individuale è elemento caratterizzante la valutazione di fine incarico di funzione, relativo al personale del comparto e dirigenziale.

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, li 28/03/2022

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.



DELIBERAZIONE del DIRETTORE GENERALE

N. 524 del 25/03/2022
