

REGIONE DEL VENETO



ULSS7  
PEDEMONTANA

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

N. 259 DEL 17/02/2023

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 DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE ANNO 2023

IL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA  
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.*

Proponente: UOC CONTROLLO DI GESTIONE  
Anno Proposta: 2023 Numero Proposta: 261/23

*Il Dirigente, 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.

Richiamato il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni nella Legge 6 agosto 2021, n.113 recante “*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, comma 1, prevede che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, adottino il “Piano integrato di attività e organizzazione” (P.I.A.O.), nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Richiamato il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81 con il quale è stato definito il “*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*”, che riporta gli adempimenti inerenti ai piani soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Considerato che ai sensi della citata normativa, il P.I.A.O., di durata triennale, aggiornato annualmente, assorbe diversi Piani già previsti da disposizioni normative tra i quali il Piano della Performance.

Richiamata la delibera del Direttore Generale n. 170 del 30 gennaio 2023 con cui è stato adottato il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) 2023-2025.

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.

Dato atto che il Documento delle Direttive, previsto dall’art. 14 L.R. n.55 del 14 settembre 1994, rappresenta lo strumento di raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione pluriennale e il budget al fine di dare avvio alla definizione della programmazione operativa, così come descritta nella Procedura aziendale relativa al Ciclo di gestione della Performance, allegata al suddetto documento e sviluppato secondo quanto indicato dall’art. 4 del D.Lgs. 150/2019.

Per quanto sopra il Dirigente propone di adottare il Documento di Direttive 2023, strumento 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.

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

## DELIBERA

1. di adottare il Documento delle Direttive 2023, con allegata la procedura aziendale relativa al Ciclo di gestione della Performance, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
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 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. 1386 del 22/07/2022.



# Documento delle Direttive 2023

INDICAZIONI PER LA  
DEFINIZIONE DEGLI  
OBIETTIVI AZIENDALI

# Sommario

Introduzione .....	3
1. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio.....	4
1.1. Gli aspetti metodologici .....	4
1.2. La pianificazione strategica.....	4
1.3. Gli obiettivi operativi 2023 .....	11
2. Timing del processo .....	18
<i>Criteria di valutazione degli obiettivi di budget .....</i>	<i>19</i>

Allegato: procedura “*Misurazione del Ciclo della Performance*”

## Introduzione

In adempimento di quanto previsto dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, l'Azienda ULSS7 Pedemontana ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 170 del 30.01.2023 il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025, quale documento unico di programmazione e *governance* che assorbe i documenti di programmazione che le P.A. erano tenute a predisporre annualmente.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per realizzare gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con l'adozione del PIAO 2023-2025 si è dato quindi avvio al Ciclo della Performance 2023.

Il presente Documento delle 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 2023 rappresenta il primo anno dall'inizio della pandemia in cui la prospettiva di ritorno all'attività ordinaria impone alcune sfide generate sia dall'esigenza di recuperare le prestazioni sospese durante il periodo di emergenza sanitaria che di realizzazione di nuovi progetti di sviluppo emersi in questo periodo, anche come conseguenza della crisi economica determinata dalla pandemia.

In questo senso si pongono gli obiettivi regionali di salute e funzionamento per le Aziende Sanitarie di cui alla DGR 1702 del 30/12/2022 che focalizzano l'attenzione su alcuni temi principali:

- il miglioramento della performance in termini di *rispetto dei tempi di attesa*, i cui indicatori che declinano tale obiettivo rappresentano il 50% del punteggio complessivamente attribuito dalla Giunta Regionale;
- le attività connesse all'attuazione del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, con la realizzazione nel territorio aziendale di n. 8 *Casi della Comunità (hub)*, per le quali entro il 2023 dovranno essere approvati i relativi progetti esecutivi, con affidamento lavori che verranno iniziati nel prossimo anno per concludersi entro il 2026, e lo sviluppo di 4 *Centrali Operative Territoriali (COT)*, di cui due già a regime e due di nuova attivazione la cui realizzazione e attivazione dovrà avvenire entro il 2023.
- la misurazione delle performance secondo quanto previsto dal *Nuovo Sistema di Garanzia*, declinando indicatori di miglioramento e mantenimento in maniera differenziata tra le Aziende del SSR
- il rispetto dei tetti di spesa in materia di beni sanitari e Personale e l'efficientamento dei processi amministrativi.
- la crescita e il miglioramento della qualità dei servizi.

Oltre a questo si proseguirà con lo sviluppo di progetti aziendali avviati negli scorsi anni e che verranno ripresi e potenziati.

# 1. Le linee programmatiche e obiettivi per il triennio

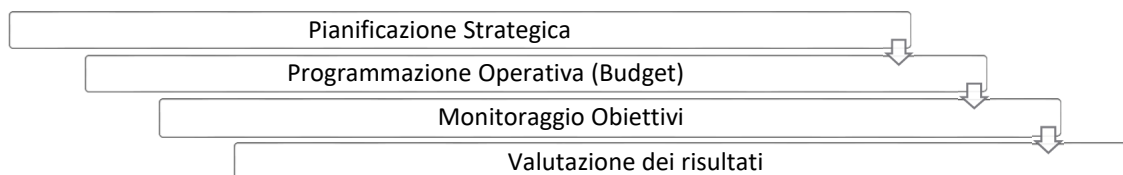
## 1.1. Gli aspetti metodologici

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 di articola in quattro fasi strettamente correlate tra loro:



Come riportato nella Procedura aziendale “Misurazione del ciclo della Performance” allegata al presente documento, viene attuato un sistema di monitoraggio degli obiettivi con cadenza periodica e con reportistica specifica. La periodicità dei monitoraggi consente alle figure professionali Responsabili e competenti per ciascun ambito di intraprendere appropriate azioni correttive.

La periodicità dei monitoraggi consente alle figure professionali Responsabili e competenti per ciascun ambito di intraprendere appropriate azioni correttive.

## 1.2. La pianificazione strategica

In stretta sinergia con la programmazione nazionale e regionale, l’Azienda adotta un sistema integrato di pianificazione strategica, programmazione operativa e monitoraggio finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali per la tutela della salute e del benessere dei cittadini, attraverso una gestione integrata dei servizi e secondo l’approccio del miglioramento continuo.

La pianificazione strategica si concretizza negli obiettivi strategici pluriennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali, che recepiscono 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);
- alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS: peso 20% (fino ad un massimo di 20 punti). Quest'ultima valutazione è in capo alla Conferenza dei Sindaci

Nel complesso, 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.

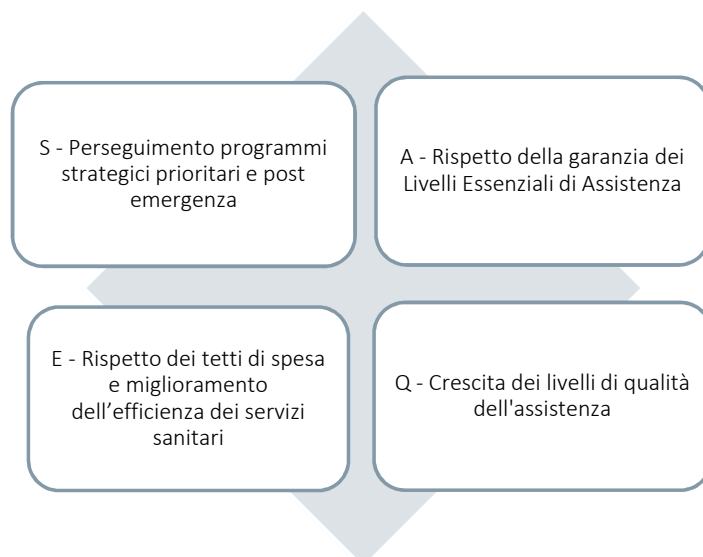
Per il 2023 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale sono stati determinati con DGR n. 1702 del 30.12.22; tale provvedimento si colloca in continuità con la DGR 709/22 che ha delineato importanti novità in termini di obiettivi rispetto ai due anni precedenti.

Se il biennio 2020-21 è stato infatti caratterizzato da un peso molto importante degli obiettivi legati alla gestione della pandemia, i provvedimenti del 2022, e analogamente del 2023, rappresentano il ritorno, dal punto di vista della programmazione regionale, alla definizione di aree strategiche di intervento post pandemia e di miglioramento della qualità dei servizi erogati.

L'impianto metodologico del 2023 prevede il monitoraggio di 66 indicatori per 25 obiettivi e la programmazione regionale differenzia gli obiettivi per azienda, individuando i punti di forza e di debolezza e assegnando di conseguenza obiettivi di miglioramento o di mantenimento.

Gli obiettivi sono declinati per Area Strategica, che integra la già presente classificazione per ambito Lea (Ospedale, Territorio, Prevenzione, Processi di supporto).

Le 4 Aree Strategiche previste sono rappresentate da:



## Area S – Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

---

Tale area rappresenta il “core” degli obiettivi regionali per il 2023: sempre maggiore attenzione è riservata al superamento delle criticità legate al periodo pandemico, con particolare riferimento al miglioramento della performance sul *rispetto dei tempi di attesa*. Gli indicatori che declinano tale obiettivo rappresentano il 50% del punteggio complessivamente attribuito dalla Giunta Regionale.

All’interno di quest’Area trovano collocazione anche gli obiettivi strategici che riguardano lo sviluppo dei progetti legati al PNRR (Missione 6) e alla riorganizzazione di spazi e funzioni (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, digitalizzazione), nonché l’evoluzione dei Sistemi Informativi (SIO, Fascicolo).



Gli obiettivi operativi per l’anno 2023 vengono declinati sulla base delle specifiche indicazioni regionali nell’ambito delle aree sotto riportate:

<b>Miglioramento dei tempi di attesa</b>	<b>Perseguimento PNRR M6</b>	<b>Avvio Sistema Informativo Ospedaliero</b>	<b>Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recupero erogazione fluttuanti in lista e erogazione entro i tempi delle prestazioni con priorità prescritte nell’anno in corso</li><li>• Azioni di analisi della prescrizione per miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Completamento delle milestone previste dal POR secondo cronoprogramma per le Case delle Comunità, COT e Ospedali della Comunità</li><li>• Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile</li><li>• Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avvio del SIO nel rispetto del cronoprogramma regionale e comunque entro 31.12.2023</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022</li></ul>

### *Miglioramento dei tempi d’attesa*

Gli obiettivi di miglioramento dei tempi d’attesa, così come definiti dalla Regione per quest’anno, tengono in considerazione anche la prescrizione, chiedendo alle Aziende Ulss una maggiore tempestività nell’erogazione delle prestazioni prescritte, tenendo sempre presente il rispetto dei tempi d’attesa per priorità.

Tali obiettivi sono quindi raggiungibili solo a fronte di una molteplicità di azioni, agendo anche sul lato della *domanda*, in quanto l’incremento di erogazione è obiettivo difficoltoso da raggiungere, considerando che è stato perseguito ampiamente finalizzato al recupero delle prestazioni sospese causa pandemia; la capacità produttiva oramai è satura e la carenza di medici non consente un significativo aumento della produzione, essendo impegnato anche a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

Le analisi condotte finora su alcune prestazioni che impattano sulle liste d’attesa, hanno fatto emergere un gap notevole tra i volumi prescrittivi e i volumi erogativi. Diventa quindi prioritario agire sul lato dell’appropriatezza della prescrizione coinvolgendo i singoli prescrittori, sia medici di medicina generale che specialisti dipendenti e SAI, con eventi formativi e con la costruzione di una rete dedicata, finalizzata alla diffusione e condivisione del manuale delle priorità aziendale e delle nuove indicazioni regionali approvate con DGR 1562 del 6.12.22 che adotta il modello “Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)”.

## Area A – Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

---

L’Area A della DGR n. 1702/2022 misura le performance secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, declinando indicatori di:

- miglioramento (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui ogni Azienda presenta criticità;
- mantenimento (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui l'Azienda non presenta criticità ma deve mantenere i livelli di performance raggiunti.



Anche per quest'area gli obiettivi operativi per l'anno 2023 vengono definiti e declinati secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali:

Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio e azioni di miglioramento degli indicatori dei Sistemi di valutazione nazionali (N.S.G., Bersaglio,...) specificati nella DGR 1702/23 su cui l'Azienda risulta critica:</li> <li>• area Ospedale con attenzione agli indicatori di volume e di esito;</li> <li>• area Distrettuale con attenzione agli indicatori di presa in carico territoriali;</li> <li>• area Prevenzione per il miglioramento delle performance degli screening oncologici e aumento copertura vaccinazioni pediatriche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio e azioni per il mantenimento dei indicatori dei Sistemi di valutazione nazionali, principalmente indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia dettagliati nella DGR 1702/23:</li> <li>• per l'area Ospedale con attenzione a indicatori di applicazione dei PDTA nazionali, di attività trasfusionale, trapianti</li> <li>• per l'area Prevenzione con attenzione al mantenimento dei livelli di copertura per screening laddove già consolidati, controllo sulle attività veterinarie</li> <li>• per l'area Distrettuale con attenzione all'assistenza domiciliare, cure palliative, tassi di ospedalizzazione evitabili</li> </ul>

#### Area E – Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

Dal punto di vista dell'efficienza e sostenibilità del sistema, l'Area Strategica E declina gli obiettivi di rispetto dei tetti di spesa in materia di beni sanitari e Personale e gli indicatori di efficientamento dei processi amministrativi.

Per quanto riguarda i limiti di costo per l'anno 2023, si richiama il Decreto 181 del 30/12/2022 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale con il quale sono stati stabiliti i tetti di costo in materia di beni sanitari (acquisti diretti, farmaci, innovativi, farmaci innovativi oncologici, dispositivi medici, e spesa IVD) e di costo del personale degli Enti del SSR, oltre al budget finanziario massimo a disposizione di ciascuna Azienda sanitaria per investimenti finalizzati al mantenimento del patrimonio esistente aziendale.



Gli obiettivi operativi per l'anno 2023 vengono quindi definiti e declinati rispetto alle suddette tematiche:

Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	Rispetto dei vincoli di costo del personale	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	Efficientamento dei processi amministrativi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiti di costo farmaceutica</li> <li>• Limiti di costo Dispositivi Medici, IVD, DPC</li> <li>• Limiti di costo Farmaceutica Convenzionata</li> <li>• Rispetto costo pro-capite Assistenza Protesica ed integrativa</li> <li>• Costi sperimentazioni cliniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limite di spesa per il Personale</li> <li>• Applicazione di quanto previsto in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art.1 (commi 435 e 435 bis) della legge 205/2017</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto della programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azzeramento debito scaduto</li> <li>• mantenimento dei tempi di pagamento</li> <li>• Presentazione istanze di alienazione del patrimonio 2023</li> <li>• Attuazione cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche</li> <li>• Soddisfazione richieste delle Struttura Regionale di vigilanza e controllo</li> <li>• Obblighi in materia di trasparenza</li> </ul>

## Area Q – Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

L'Area Q contiene indicazioni circa gli obiettivi specifici da perseguire ai fini del miglioramento della qualità dei servizi e rappresenta l'area in cui si concentra una gran quantità di indicatori.

Anche per quest'area gli obiettivi operativi per l'anno 2023 verranno definiti e declinati secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali.



<p><b>Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piani Mirati di Prevenzione in settori produttivi a rischio</li> <li>• Tavoli Intersettoriali per la realizzazione del Piano Regionale Prevenzione</li> <li>• Esercitazione Piano Strategico Operativo Regionale</li> </ul>	<p><b>Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccinazioni over 65: influenza, pneumococco, herpes zoster</li> <li>• Vaccinazioni coorte dodicenni per HPV</li> </ul>	<p><b>Estensione del programma di screening per HCV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sierologia per HCV nelle coorti 1969-1989</li> </ul>	<p><b>Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• registrazione schede fatturazione nel sistema informativo regionale centralizzato</li> </ul>
<p><b>Sviluppo assistenza territoriale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• teleconsulti tra ospedale e strutture territoriali</li> <li>• copertura attività ADI sulla popolazione</li> <li>• adeguamento servizi territoriali alla programmazione regionale</li> <li>• Copertura popolazione con assistenza sanitaria di base</li> </ul>	<p><b>Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze</li> <li>• Monitoraggio attività CDCD e presa in carico paziente Alzheimer</li> <li>• Monitoraggio attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA)</li> <li>• Attuazione Piano Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)</li> </ul>	<p><b>Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti e di qualità punti nascita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio trattamento tempestivo ictus ischemico</li> <li>• Monitoraggio trattamento tempestivo STEMI</li> <li>• Monitoraggio % parti con almeno un evento avverso</li> </ul>	<p><b>Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio % interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività <math>\geq 135</math> casi</li> </ul>
<p><b>Miglioramento della qualità del debito informativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatori di qualità e completezza dei flussi informativi</li> </ul>	<p><b>Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo e mantenimento competenze dei professionisti sanitari tramite la formazione ECM</li> </ul>	<p><b>Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e vigilanza</li> </ul>	<p><b>Sviluppo dei progetti di qualità percepita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto dell'attività programmata per le indagini di qualità percepita (Clima Organizzativo, PREMs, PaRIS)</li> </ul>

Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, nel corso del 2023 proseguirà lo sviluppo di progetti e *obiettivi specifici aziendali*, finalizzati al miglioramento continuo sia in termini di efficacia che di efficienza, che saranno definiti secondo quattro macro aree di sviluppo:

### *Integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi)*

---

Favorire meccanismi di integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi), evitando la duplicazione delle funzioni su base territoriale al fine di garantire l'omogeneità operativa, rappresenta un principio cardine per l'Azienda su cui già nello scorso biennio sono stati definiti obiettivi e progetti specifici.

L'obiettivo per l'anno in corso è pertanto proseguire una riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due Distretti 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.

### *Flessibilità, accessibilità e comunicazione*

---

Rispondere tempestivamente alle fasi acute della pandemia e al ripristino della gestione dell'attività ordinaria nelle fasi post pandemiche rappresenta un obiettivo prioritario per l'Azienda da porre in essere nell'anno in corso sulla base dell'esperienza dell'ultimo triennio. Risulta pertanto indispensabile la definizione e lo sviluppo di modelli organizzativi che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni. In questo senso si richiama la DGR 1710 del 30.12.2022, ad oggetto "*Disposizioni per un utilizzo flessibile dell'ospedale basato su livelli di intensità di cura*", contenente indicazioni per l'identificazione a livello aziendale di un modello organizzativo flessibile per livelli di intensità di cura, al fine di consentire, nel rispetto della programmazione vigente, un utilizzo delle risorse più appropriato possibile per adeguare l'offerta delle prestazioni di ricovero ospedaliero alla domanda, nel rispetto dei criteri di appropriatezza.

La necessità di modelli flessibili riguarda anche la gestione delle risorse umane, a vario titolo: da un lato l'esperienza pandemica ha portato alla messa in atto di buone pratiche in termini di utilizzo di modalità innovative di reperimento e gestione delle risorse (contratti, collaborazioni, ...) e l'utilizzo di strumenti versatili, quali ad esempio lo smart working, ma anche la ridefinizione temporanea delle funzioni e delle professionalità in base al fabbisogno di competenze in continuo mutamento

L'Azienda, inoltre, è da sempre impegnata a facilitare i cittadini ad approcciarsi ai servizi resi nell'ambito del territorio e garantire la più ampia accessibilità. Particolare attenzione viene posta alle modalità e alla messa in atto di azioni finalizzate a realizzare la piena *accessibilità*, fisica e digitale. In quest'ottica, è in fase di attivazione un nuovo sito internet, che accompagnerà i cittadini nella conoscenza non solo dei servizi offerti ma anche delle esperienze aziendali che hanno permesso di ottenere i migliori risultati (best practice). Il nuovo sito web si caratterizzerà per un nuovo approccio al cittadino, per la ricerca di un linguaggio semplice ed immediato. Prioritario è rivedere la cultura aziendale di relazione con il cittadino da informazioni organizzate per Unità operative a informazioni organizzate per bisogni e aree tematiche.

Al fine di dare informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini, l'Azienda Ulss7 Pedemontana ha approvato con deliberazione del Direttore Generale N. 2390 del 20/12/2022 un piano di *comunicazione* che definisce le principali strategie e mezzi di comunicazione, nonché i nuovi sviluppi, le linee guida del piano editoriale in conformità alla normativa vigente.

### *Sostenibilità ambientale*

---

Specifica attenzione continuerà ad essere posta dall'Azienda Ulss7 Pedemontana verso la sostenibilità ambientale, come testimoniato dall'aver ottenuto lo scorso anno il Premio Compraverde Buygreen della Regione Veneto, assegnato per l'impegno alla riduzione delle emissioni inquinanti posto nella definizione di un bando per il servizio di trasporto dei campioni biologici e altro materiale. Nel 2022, inoltre, l'Azienda Ulss7

Pedemontana ha ricevuto la menzione speciale ricevuta all'evento nazionale Compraverde Buygreen per il progetto "Azienda Paperless" finalizzato a ridurre progressivamente il consumo di carta attraverso la promozione di comportamenti virtuosi tra i dipendenti e una diversa organizzazione delle attività.

Oltre a questo, tenendo conto della grave situazione economica che ha coinvolto sia il mercato delle materie prime sia delle risorse energetiche, con conseguente ricaduta sui prezzi di beni e dei servizi, l'Azienda ha iniziato a mettere in atto alcune iniziative, quali ad esempio alcuni acquisti nel rispetto dei Criteri Ambientali Minimi (CAM), la revisione dell'illuminazione di alcuni parcheggi aziendali, la razionalizzazione del parco auto, la razionalizzazione del parco stampanti in un'ottica di paperless, che proseguiranno nel corso del 2023 con l'individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse.

### *Diffusione della cultura del Project Management*

Ulteriore obiettivo aziendale è la diffusione all'interno dell'Azienda di un approccio strutturato alla gestione dei progetti, con coinvolgimento trasversale di diverse figure professionali interessate e la definizione chiara delle fasi di gestione del progetto (avvio, pianificazione, controllo, esecuzione, chiusura).

Già nell'ultimo biennio sono stati sviluppati progetti specifici aziendali, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto 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.



Si riporta di seguito un sintetico focus degli obiettivi 2023 distinti nelle quattro macro aree:

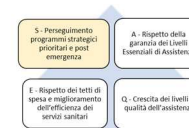
Integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi)	Flessibilità, accessibilità e comunicazione	Sostenibilità ambientale	Diffusione della cultura del PM
<ul style="list-style-type: none"> <li>• In ambito ospedaliero attraverso azioni di integrazione in attesa di approvazione del nuovo Atto Aziendale</li> <li>• In ambito territoriale anche attraverso la definizione degli interventi e degli investimenti inseriti nel PNRR</li> <li>• Nell'area dei servizi tecnico-amministrativi attraverso la prosecuzione dell'omogeneizzazione delle procedure operative e informatiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione e sviluppo di modelli flessibili che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni</li> <li>• Attivazione nuovo sito Internet, con percorsi facilitati di ricerca e un linguaggio semplice e immediato</li> <li>• Attuazione del nuovo Piano di comunicazione, al fine di fornire informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione delle attività avviate e individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione della diffusione all'interno dell'Azienda di un approccio strutturato alla gestione dei progetti, con coinvolgimento trasversale di diverse figure professionali interessate e la definizione chiara delle fasi di gestione del progetto (avvio, pianificazione, controllo, esecuzione, chiusura).</li> </ul>

Gli obiettivi operativi vengono esplicitati nella sezione seguente con evidenza della soglia 2023, della Direzione di riferimento e della struttura di riferimento. Gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale vengono contrassegnati con la lettera "R", gli ulteriori obiettivi aziendali vengono identificati con la lettera "A".

Il presente documento rappresenta il documento propedeutico alla definizione degli obiettivi di budget, che saranno formalizzati nella Scheda di Budget. Nell'allegata procedura "Misurazione del Ciclo della Performance" sono esplicitati i meccanismi operativi con i quali l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali nonché le condizioni informative per garantirne il perseguimento.

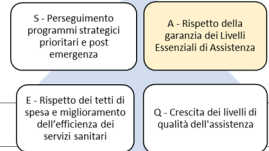
Infine, in appendice del presente documento vengono esplicitati i criteri di valutazione degli obiettivi di budget distinti a seconda della tipologia di indicatore.

### 1.3. Gli obiettivi operativi 2023



#### Obiettivi Area S - Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Miglioramento dei tempi di attesa</b>	R	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)	>20% rispetto al 31/12/2022	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		% prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022	≥ 60%	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	≥ 90%	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche Ospedaliere Bassano e Santorso Direzioni Dipartimento Chirurgico
<b>Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera</b>	R	Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022;	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
<b>Perseguimento PNRR M6</b>	R	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Provveditorato Economato e Gestione Logistica
		M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
		M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
		M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi
		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Formazione
		Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
<b>Avvio Sistema Informativo Ospedaliero</b>	R	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi



## Obiettivi Area A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali</b>	R	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Screening
	R	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	SISP
	R	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	SISP
	R	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche SVSA
	R	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Neurologia HB Neurologia HS Neurovascolare di I livello trattamento trombolitico
	R	D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Pronto Soccorso HB, HS, HA
	R	B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Farmacia territoriale
	R	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Ostetricia e Ginecologia HA
	R	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Ortopedia HS, HA
	R	Volumi interventi di PTCA	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Cardiologia HS Emodinamica HB
<b>Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali</b>	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Direttore Dip. Prevenzione
	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale	Direzione Socio Sanitaria	Direttori Distretto
	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche Ospedaliere



## Obiettivi Area E - Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici</b>	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale
	R	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia Ospedaliera Provveditorato Economato e Gestione Logistica
	R	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia territoriale
	R	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia territoriale
	R	Costi Sperimentazioni cliniche	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera
<b>Rispetto dei vincoli di costo del personale</b>	R	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane
	R	Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le OO.SS. della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29.08.2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane
<b>Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi</b>	R	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Contabilità e Bilancio
<b>Efficientamento dei processi amministrativi</b>	R	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	0	Direzione Amministrativa	Contabilità e Bilancio
	R	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	≤ 20 gg	Direzione Amministrativa	Contabilità e Bilancio
	R	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	100%	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
	R	Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	100%	Direzione Sanitaria	Qualità e adempimenti L. 22
	R	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	Direzione Amministrativa	Affari Generali
	R	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Controllo di Gestione (RPCT)



## Obiettivi Area Q - Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023</b>	R	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	SPISAL
	R	Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Servizio Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e promozione della salute
	R	Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Direttore Dip. Prevenzione
<b>Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target</b>	R	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	SISP
	R	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%	Direzione Sanitaria	SISP
<b>Estensione del programma di screening per HCV</b>	R	Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti	>=15%	Direzione Sanitaria	Malattie Infettive
<b>Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria</b>	R	% di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021	95%	Direzione Sanitaria	Sanità Animale SVIAPZ
<b>Sviluppo assistenza territoriale</b>	R	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Direttore di Distretto D1 Direttore di Distretto D2
	R	% anziani >= 65 anni trattati in ADI	(soglia diversa tra Aziende ULSS; Calcolo a livello di Distretto)	Direzione Socio Sanitaria	Cure Primarie D1 e D2
	R	COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	COT
	R	Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Cure Primarie D1 e D2 Cure Palliative D1 e D2
	R	Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Direttore di Distretto D1 Direttore di Distretto D2
	R	Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Cure Primarie D1 e D2

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali</b>	R	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer	70%	Direzione Socio Sanitaria	Disabilità e Non Autosufficienza D1 e D2
	R	Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda	100% monitoraggio intermedio settembre e relazione finale dicembre	Direzione Socio Sanitaria	Disabilità e Non Autosufficienza D1 e D2
	R	Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini	< 10%	Direzione Socio Sanitaria	Disabilità e Non Autosufficienza D1 e D2
	R	Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Referente aziendale UFDA
	R	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>41	Direzione Socio Sanitaria	Disabilità e Non Autosufficienza D1 e D2
	R	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	SERD D1 e D2
<b>Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti</b>	R	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	≥20%	Direzione Sanitaria	Neurologia HB, HS
	R	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero	>65%	Direzione Sanitaria	Pronto Soccorso HB Pronto Soccorso HS Cardiologia HS Emodinamica HB
<b>Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita</b>	R	% di parti con almeno un evento avverso	≤4%	Direzione Sanitaria	Ostetricia e Ginecologia HB, HS, HA
<b>Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico</b>	R	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Chirurgia Senologica
<b>Miglioramento della qualità del debito informativo</b>	R	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Controllo di Gestione

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
<b>Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie</b>	R	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	≥ 50%	Direzione Sanitaria	Formazione
<b>Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici</b>	R	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale
<b>Sviluppo dei progetti di qualità percepita</b>	R	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)	si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Formazione

## Ulteriori progetti e obiettivi aziendali

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA 2023	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
Integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi)	A	Definizione di progetti trasversali di integrazione tra strutture omogenee aziendali	>=10	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
		Monitoraggio applicazione delle misure previste nei Regolamenti e delle Procedure aziendali per la gestione efficace ed efficiente delle attività	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
Flessibilità, accessibilità e comunicazione	A	Attivazione nuovo sito Internet con inserimento di percorsi facilitati di ricerca	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	Innovazione e Sviluppo Sist. Informativi e UU.OO. coinvolte
		Attivazione nuovi servizi <i>on line</i> per i cittadini	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	Innovazione e Sviluppo Sist. Informativi e UU.OO. coinvolte
		Sviluppo delle attività definite nel Piano di comunicazione aziendale	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	Innovazione e Sviluppo UU.OO. coinvolte
Sostenibilità ambientale	A	Prosecuzione delle attività avviate e individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
Diffusione cultura Project Management	A	Prosecuzione della diffusione all'interno dell'Azienda di un approccio strutturato alla gestione dei progetti	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	Innovazione e Sviluppo
Definizione progetti innovativi	A	Individuazione di nuovi Progetti strategici di sviluppo e miglioramento organizzativo	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
Sanità digitale	A	Pieno utilizzo della firma digitale su documenti e referti clinici	100% documenti firmati digitalmente	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi Affari Generali
Gestione risorse umane	A	Sviluppo del sistema di valutazione del personale, nel rispetto delle tempistiche definite dalla Direzione	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane Controllo di Gestione
		Azioni di contenimento al ricorso del lavoro straordinario	Riduzione rispetto al 2022	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane

## 2. Timing del processo

Si riporta di seguito il timing del Ciclo di gestione delle Performance con riferimento all'anno 2023, che potrà essere soggetto ad aggiornamenti in corso d'anno in linea con la programmazione regionale:



## Criteria 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 (%)	
<b>E1_0</b>	Non Raggiunto	0 – 29,9	0 – 59,9	0 – 69,9	0
<b>E1_1</b>	Parzialmente non raggiunto	30 – 59,9	60 – 79,9	70 – 89,9	0,5
<b>E1_2</b>	Parzialmente raggiunto	60 – 84,9	80 – 89,9	90 – 94,9	0,8
<b>E1_3</b>	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:

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



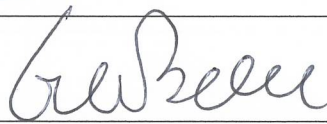
Nel caso di obiettivi non valutabili per cause esterne all'Unità Operativa i pesi assegnati verranno riproporzionati sui rimanenti obiettivi.

 	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		



## 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 .....	8
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
<b>Compilata da</b>	dott.ssa Michela Piccinini Direttore UOC Controllo di Gestione		14/02/2023
<b>Verificata da</b>	dott.ssa Michela Conte Direttore Amministrativo		14/02/2023
<b>Approvata da</b>	dott. Carlo Bramezza Direttore Generale		14/02/2023

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	07/03/2022	Prima emissione
1	14/02/2023	Aggiornamento normativo

 	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

## 1. Scopo e campo di applicazione

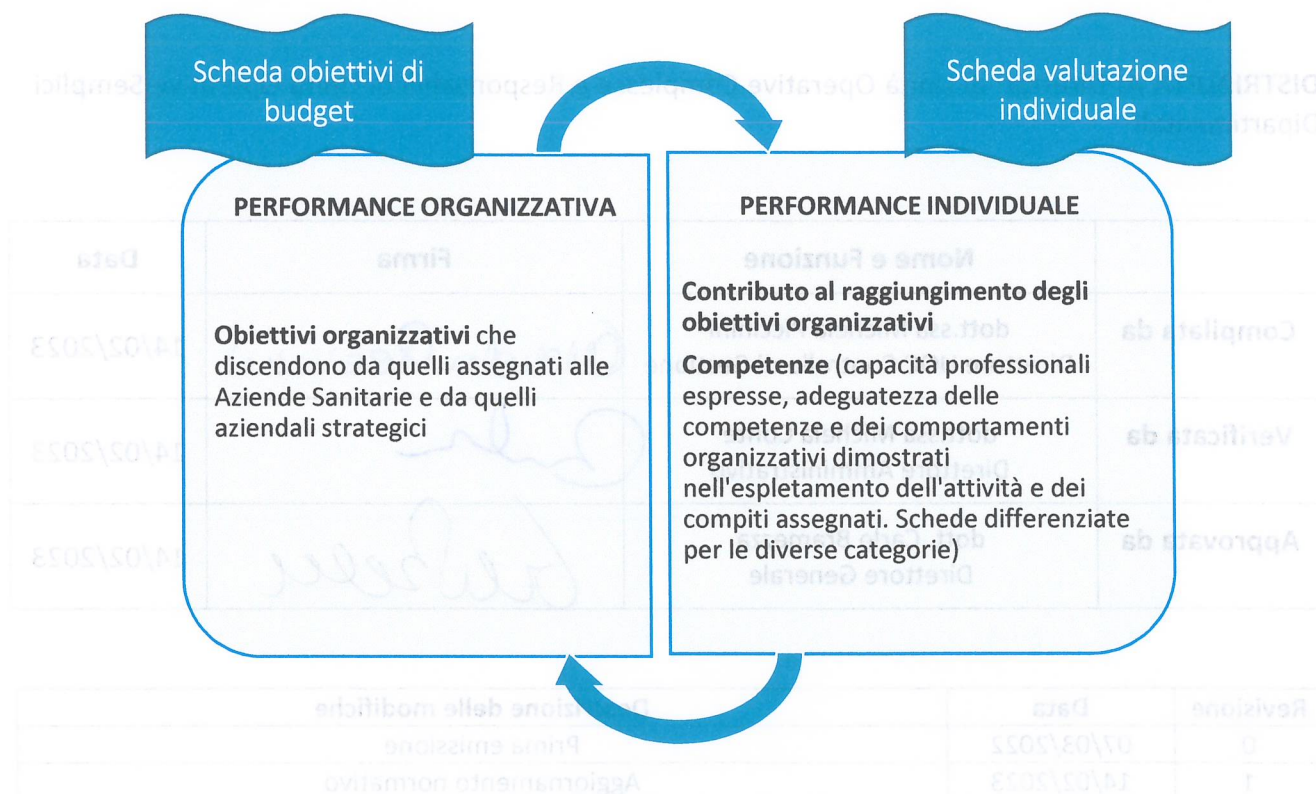
La presente procedura si applica al processo “Misurazione del Ciclo delle Performance” dell’Azienda Ulss n.7 Pedemontana e si applica a tutte le articolazioni organizzative aziendali.


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. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		


## 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 DGR n. 1717 del 30 dicembre 2022 la Regione Veneto ha definito le linee guida alle aziende e agli enti del SSR per la Predisposizione del PIAO.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

### 3. Definizioni ed abbreviazioni

Nel documento sono presenti le seguenti abbreviazioni:

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

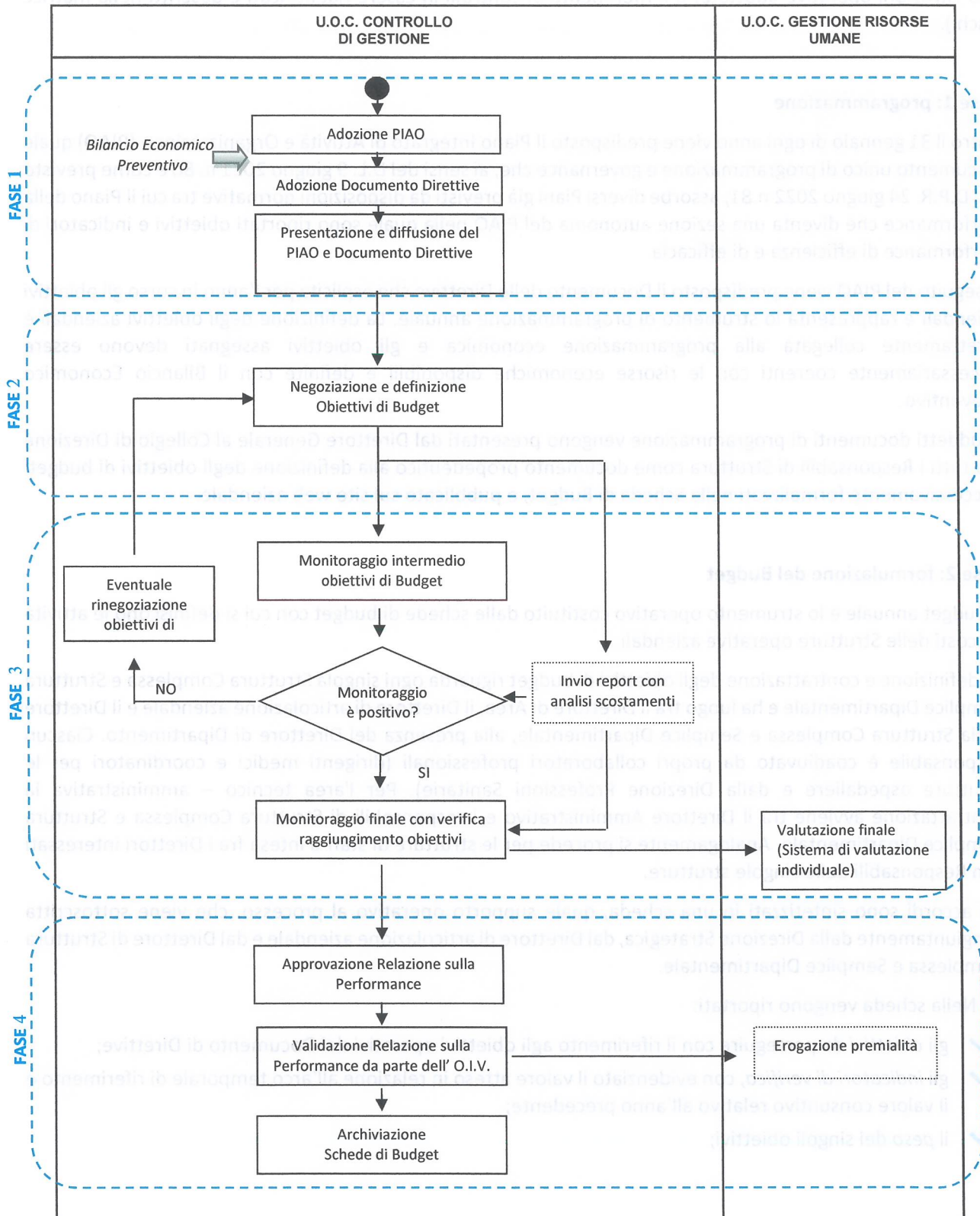
UOC Controllo di Gestione



UOC Gestione Risorse Umane

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

## 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. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

## 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 Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) quale documento unico di programmazione e governance che, ai sensi del D.L. 9 giugno 2021 n. 80 e come previsto dal D.P.R. 24 giugno 2022 n.81, assorbe diversi Piani già previsti da disposizioni normative tra cui il Piano della Performance che diventa una sezione autonoma del PIAO nella quale sono riportati obiettivi e indicatori di performance di efficienza e di efficacia.

A seguito del PIAO 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.

I suddetti documenti di programmazione 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.

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;

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

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 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.

### Fase 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.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

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**.

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

## 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;

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

- 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.

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;

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 1 del 14/02/2023
<b>Misurazione del Ciclo delle Performance</b>		

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.