



Documento delle Direttive 2024

INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE
DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI



Sommario

Introduzione	3
1.1. Gli aspetti metodologici	4
1.2. La pianificazione strategica	4
1.3. Gli obiettivi operativi 2024.....	11
1.4 Timing del processo	24
Criteri di valutazione degli obiettivi di budget	25

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 il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, quale documento unico di programmazione e *governance* che assorbe i documenti di programmazione che le P.A. erano tenute a predisporre annualmente. Il PIAO 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 2024-2026 viene dato avvio al Ciclo della Performance 2024.

Il presente Documento delle Direttive rappresenta, ai sensi della L.R. n. 55/94, lo strumento di raccordo tra il documento di pianificazione pluriennale - Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 - e il sistema di budget, declinando gli obiettivi strategici triennali in obiettivi operativi annuali e rappresenta pertanto lo strumento di programmazione annuale.

Al Documento delle Direttive viene allegata, altresì, la procedura "Misurazione del Ciclo della Performance" nella quale sono riportate le modalità di svolgimento del processo di budget aziendale, dall'assegnazione degli obiettivi, alle fasi di monitoraggio, alla valutazione. Per ciascun obiettivo di budget verranno individuati, in fase di negoziazione, precisi indicatori da monitorare, con lo scopo di valutare il livello di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore target individuato e di identificare con maggiore facilità e tempestività le azioni da intraprendere per il raggiungimento dei risultati attesi.

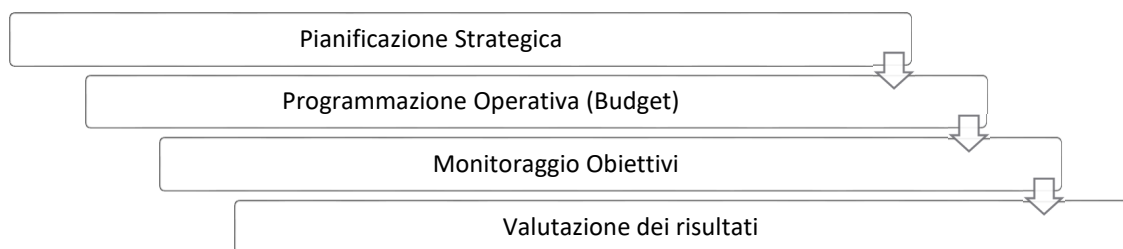
1.1. Gli aspetti metodologici

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, così come indicati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

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 (per l'anno 2024 la DGR 1682 del 29.12.2023).

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



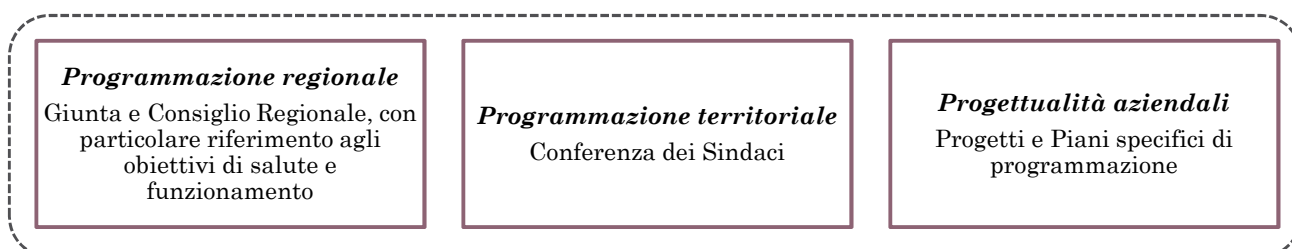
Come riportato nella Procedura aziendale "Misurazione del ciclo della Performance" allegata al presente documento, viene attuato un sistema di monitoraggio degli obiettivi con cadenza periodica e con reportistica specifica. La periodicità dei monitoraggi consente alle figure professionali Responsabili 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.

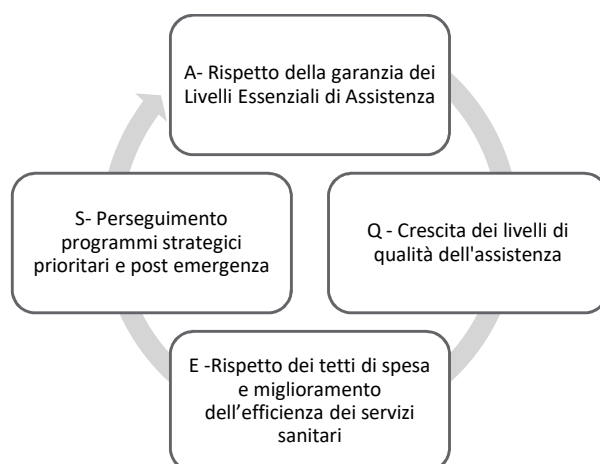
Con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Quinta Commissione Consigliare, con nota regionale prot.297279 del 01.06.2023 sono stati comunicati gli obiettivi assegnati quelli per il biennio 2023-2024, in relazione alla competenza delle valutazioni dei Direttori Generali delle Aziende/Istituti SSR. Con nota prot. interno 52393 del 19.06.2023 sono stati individuati i referenti aziendali per il monitoraggio e la rendicontazione dei suddetti obiettivi.

Per quanto riguarda la valutazione da parte della Giunta Regionale sono stati approvati con la DGR 1682 del 29.12.2023 gli obiettivi e indicatori di salute e funzionamento fissati per il 2024; il provvedimento si colloca in continuità con il precedente nell'impostazione generale, con alcune peculiarità.

Il nuovo provvedimento conferma innanzitutto una tendenza alla riduzione del numero di indicatori da valutare, già iniziata nel 2023: se nel 2022 gli indicatori monitorati erano nel complesso 91, si scende a 66 per il 2023 e ulteriormente a 52 nel 2024.

Una ulteriore importante conferma riguarda inoltre la declinazione degli obiettivi per Area Strategica, che integra la già presente classificazione per ambito Lea (Ospedale, Territorio, Prevenzione, Processi di supporto).

Le 4 Aree Strategiche previste sono:



Per quanto riguarda le peculiarità della DGR 1682/2023 è utile mettere in evidenza un riequilibrio parziale nella distribuzione del punteggio. Nel 2024 rimane importante il peso attribuito agli indicatori di miglioramento dei tempi di attesa 2024 (20% de punteggio), ma si registra un recupero di peso per le altre aree strategiche, soprattutto per quanto riguarda gli indicatori di miglioramento della qualità dell'assistenza, area che contiene la maggior parte degli indicatori in termini di numero e che risulta trasversale a tutti gli ambiti LEA.

Area S –Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

In quest'area sono ricompresi i già citati obiettivi relativi al rispetto dei tempi di attesa, che per il 2024 si concentrano nel miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con indicatori di monitoraggio di:

- rispetto dei tempi di erogazione per prestazioni traccianti con classe di priorità B-D-P
- Riduzione del numero di prestazioni galleggianti per classe di priorità, anche per le prestazioni non traccianti
- Adesione al modello di presa in carico dei pazienti

Per tutti questi indicatori le modalità di monitoraggio e governo saranno dettate alle indicazioni della Cabina di regia regionale a cui ogni azienda Ulss è chiamata a partecipare settimanalmente.

L'attenzione regionale si traduce quindi in indicatori che misurano gli sforzi per garantire l'erogazione ai cittadini delle prestazioni e il miglioramento della capacità di intercettare la domanda di salute della popolazione con il rispetto delle classi di priorità.

Rientrano in quest'area, altresì, gli indicatori di monitoraggio delle attività connesse all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In particolare, rientra nell'ambito della Missione 6 "Salute" la realizzazione nel territorio aziendale di 8 *Case della Comunità* (hub), quali strutture socio sanitarie al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, secondo un modello multidisciplinare. Nel 2023 sono stati sottoscritti tutti i contratti per la progettazione esecutiva e la realizzazione. Per due Case della Comunità (Malo e Arsiero) sono già stati avviati i lavori; per le altre Case della Comunità (Marostica, Bassano del Grappa, Romano D'Ezzelino, Asiago, Thiene e Schio) i lavori saranno avviati nel corso del 2024.



All'interno della Missione 6 del PNRR rientra, inoltre, lo sviluppo delle *Centrali Operative Territoriali* (COT) quali strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Il Piano regionale di attuazione prevede in totale quattro COT per l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, di cui due già a regime (COT Bassano e COT Thiene), mentre per le COT di Asiago e Schio l'attivazione è prevista entro il 31.03.2024.

Ulteriore ambito di sviluppo concerne gli *Ospedali di Comunità* (ODC), quali strutture sanitarie di ricovero della rete di assistenza territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. È prevista nel territorio dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana l'attivazione di 3 ODC, ovvero ODC di Bassano del Grappa (24 posti letto), ODC di Asiago (10 p.l.) e ODC di Santorso (15 p.l.) i cui lavori partiranno nel 2024.

Infine, rientra tra gli interventi finanziati dal PNRR Missione 5-Componente 2-Investimento 2.3 ("Inclusione e Coesione - Infrastrutture sociali, famiglie comunità e 3° settore - Programma innovativo per la qualità dell'abitare") la riqualificazione di parte del complesso "*Prospero Alpino*" a Marostica, di proprietà dell'ULSS 7 Pedemontana, nell'ambito del progetto "PINQUA". Il progetto prevede da una parte la ristrutturazione del fabbricato "A" che sarà adibito ad abitazioni dotate di servizi di base e spazi comuni per l'aggregazione e dall'altra la demolizione integrale del fabbricato "C-D" e la nuova costruzione di 5 abitazioni indipendenti in grado di ospitare persone affette da Alzheimer. Anche per questo progetto, i lavori inizieranno nel corso dell'anno 2024.

Per il 2024 rientrano negli obiettivi valutati all'interno della missione 6 del PNRR anche le attività connesse a:

- 'Ospedale sicuro e sostenibile', con il progetto di riqualificazione sismica per l'Ospedale di Bassano
- Fascicolo sanitario elettronico (alimentazione, comunicazione e formazione)
- SIO (digitalizzazione dei DEA di I e II livello)
- ADI e Telemedicina

Area A – Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

L'Area A della DGR 1682/23 ricomprende indicatori legati ai Sistemi di Valutazione Nazionali: principalmente vengono declinati all'interno di quest'Area indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ma sono inseriti in questa sezione anche obiettivi mutuati dal Sistema di Valutazione della Performance della Scuola Sant'Anna di Pisa (progetto Bersaglio).

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) operativo dal 1° gennaio 2020; si basa su 88 indicatori, tra i quali vengono definiti gli indicatori "core" in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. La lista di indicatori "core" è sottoposta annualmente all'approvazione del Comitato LEA.

La Regione Veneto monitora gli indicatori differenziati per Azienda e declinati in indicatori di:

- *miglioramento* (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui ogni Azienda presenta criticità. Per il 2024 ad ogni Azienda sono stati assegnati 2 indicatori di miglioramento per ogni ambito LEA.
- *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. In questo ambito sono raggruppati un numero sempre più elevato di indicatori, per il 2024 sono 37 in totale divisi negli ambiti distrettuale (10 indicatori), prevenzione (10 indicatori), ospedaliero (17 indicatori).

Per l'Azienda Ulss7 si registrano alcune modifiche tra gli indicatori di miglioramento:

- per l'area prevenzione l'attenzione è rivolta alla copertura per screening mammografico e, in continuità col 2023, sulla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (la copertura vaccinale per MPR è inserita per il primo anno tra gli indicatori di mantenimento)
- per l'area distrettuale gli indicatori riguardano entrambi la prescrizione e il consumo di farmaci in ambito territoriale, nella fattispecie antibiotici sistemici e oppioidi
- per l'area ospedaliera gli indicatori riguardano l'avvio del programma di 'Patient Blood Management' per l'attività trasfusionale e l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (indicatore di nuovo inserimento).

Gli indicatori di mantenimento sono la batteria di indicatori più numerosa, soprattutto per quanto riguarda l'area ospedaliera: tra le novità si rilevano l'inserimento di alcuni indicatori di monitoraggio dell'applicazione dei PDTA regionali per patologie oncologiche. Da evidenziare anche lo spostamento a indicatori di mantenimento di alcuni obiettivi che nel 2023 hanno rappresentato una sfida di miglioramento per l'Azienda Ulss7 Pedemontana, come per esempio la % di fratture di femore operate entro 48h per l'area ospedaliera e la copertura delle attività legate ai controlli veterinari per l'area della prevenzione.

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

Dal punto di vista dell'efficienza e sostenibilità del sistema, in tale Area sono declinati gli obiettivi di rispetto dei tetti di spesa in materia di beni sanitari e Personale, nonché indicatori di efficientamento dei processi amministrativi.

L'incertezza sul fronte delle risorse economiche e finanziarie a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024 (mentre è in corso di approvazione l'intesa di riparto del FSN 2023), nonché la situazione di disequilibrio economico consolidato per un importo di circa -401,7 milioni di euro risultante dai bilanci preventivi 2023 aggiornati con DGR n.1122/2023, implicano di porre particolare attenzione all'evoluzione della costosità del Sistema sanitario regionale. Alla luce di quanto sopra, con nota del 10.11.2023, la Regione Veneto ha richiesto alle Aziende Sanitarie un'azione di contenimento dei costi per un importo pari a 150 milioni di euro e definendo i limiti di costosità programmata per il bilancio economico del 2024. Per l'Azienda Ulss7 Pedemontana tale limite è pari ad €791.247.070, compatibilmente con il quale saranno determinati da parte delle competenti Direzioni della Regione i limiti di costo per l'anno 2024.

Gli obiettivi di budget 2024 saranno pertanto declinati coerentemente con la programmazione economica definita nel Bilancio Economico Preventivo 2024, approvato con delibera del Direttore Generale n. 2253 del 29.12.2023. Eventuali revisioni saranno apportate a seguito delle indicazioni regionali che perverranno in corso d'anno (decreto di approvazione dei tetti di spesa, definizione di indicatori di appropriatezza, richieste aggiornamenti BEP).

La sfida per l’Azienda Ulss7 Pedemontana è pertanto di assicurare l’efficienza dei servizi, garantendo qualità e equità nell’accesso alle cure, nel rispetto dell’equilibrio di bilancio e della sostenibilità del sistema. Nel 2024 proseguiranno le azioni di appropriatezza per un uso efficiente delle risorse, nonché l’adozione e il miglioramento di strumenti di monitoraggio per l’analisi dei fenomeni sanitari e il governo dei costi.

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 2024 verranno definiti e declinati secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali.

Gli obiettivi sono trasversali agli ambiti Lea. Le principali aree di monitoraggio riguardano:

- Ospedale: mantenimento dell’attrazione per pazienti extraregione, miglioramento degli indicatori di qualità dell’attività dei punti nascita, rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati (obiettivo nuovo).
- Territorio: sviluppo assistenza territoriale, declinato mediante 3 nuovi indicatori che riguardano
 - obiettivi di alimentazione e utilizzo del FSE da parte della medicina generale,
 - adeguamento alle indicazioni regionali di potenziamento delle cure palliative per l’anno 2024,
 - la messa a regime di due nuovi flussi che riguardano le attività riabilitative territoriali (SIAR) e attività erogate dai consultori familiari (SICOF).

Una ulteriore novità introdotta con la DGR 1682/2023 riguarda la richiesta di mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali.

Viene infine riproposto per il 2024 un indicatore di presa in carico territoriale che monitora il tasso di accessi in PS feriali, diurni per > 18 anni.

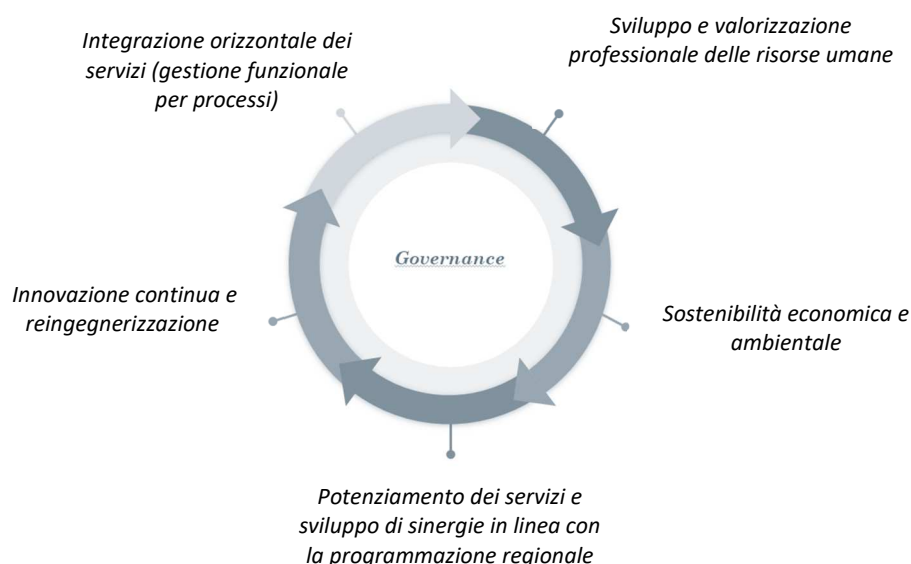
- Prevenzione: Piano regionale Prevenzione, Piano Pandemico Influenzale, coperture vaccinali in specifici gruppi target (anziani, adolescenti), miglioramento della sorveglianza e contrasto all’antimicrobico-resistenza e prevenzione delle infezioni correlate (nuovo)
- Processi di supporto: indagini di clima interno, rispetto della attività previste per indagini di qualità percepita per pazienti ricoverati e pazienti con cronicità, indicatori di qualità dei flussi informativi regionali. Vengono introdotti inoltre alcuni nuovi obiettivi di:

- Valutazione dell’appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana
- Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati
- Incremento del personale destinato alle attività dell’assistenza territoriale rispetto all’esercizio precedente

Ulteriori obiettivi prioritari aziendali

Oltre alle tematiche indicate nelle suddette Aree strategiche relative agli obiettivi assegnati dalla Regione, proseguirà nel corso del 2024 lo sviluppo di progetti e obiettivi specifici aziendali finalizzati al miglioramento continuo in termini di efficacia e di efficienza.

Unitamente agli obiettivi di *governance* di ottimizzazione delle risorse, di economicità nell'impiego delle risorse con abbattimento delle diseconomie, di miglioramento continuo delle prestazioni per la soddisfazione dell'assistito, proseguirà l'impegno aziendale rispetto alle seguenti aree:



Integrazione orizzontale dei servizi - Gestione funzionale per processi

Favorire meccanismi di integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi), evitando la duplicazione delle funzioni al fine di garantire l'omogeneità operativa, rappresentano principi cardine per l'Azienda su cui già nello scorso biennio sono stati definiti obiettivi e progettualità specifiche.



Gli obiettivi aziendali per l'anno in corso sono finalizzati in modo peculiare a sviluppare nell'Azienda ULSS 7 Pedemontana modelli integrati di gestione assistenziale e organizzativa, che coinvolgono le equipe dei professionisti, le diverse sedi di erogazione, i professionisti dipendenti e quelli convenzionati, le strutture pubbliche e quelle private accreditate, le funzioni sanitarie e quelle socio-sanitarie.

Tali obiettivi aziendali possono essere ricondotti ai seguenti ambiti:

- gestione integrata dei servizi professionali, tecnici e amministrativi;
- gestione coordinata delle risorse e dei fattori produttivi;
- allineamento dei sistemi di gestione dei rischi (clinici e amministrativo contabili)

Rientrano in quest'ultimo ambito gli obiettivi di verifica dell'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento, nonché l'effettiva implementazione degli eventuali piani d'azione relativi agli audit effettuati.

Proseguirà pertanto nel corso del 2024 la messa in atto di tutte le attività finalizzate alla prevenzione del rischio clinico, per contenere e/o evitare gli avventi avversi, attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi connessi alle attività svolte; verrà in particolare avviata l'attività di revisione e aggiornamento del processo di informazione resa al paziente sul trattamento sanitario proposto e acquisizione del relativo consenso informato.

Nell'ambito del sistema di gestione dei rischi amministrativi-contabili continuerà il monitoraggio delle attività di miglioramento previste per il processo di Recupero del credito e del Piano dei Controlli per l'attività di libera professione. Inoltre sarà avviata una formazione sul campo per i DEC dei principali contratti e un'attività di audit per il processo relativo alla Medicina convenzionata. Sarà implementato il percorso di sviluppo delle competenze del personale in ambito della tutela della privacy e proseguirà la digitalizzazione delle relative attività (Data Protection Manager).

Innovazione continua e reingegnerizzazione (per la sostenibilità e l'efficienza in sanità)

Il Sistema sanitario nazionale e regionale si trova oggi a dover affrontare alcune sfide decisive. Da un lato l'evoluzione continua del quadro epidemiologico, che richiede cambiamenti veloci, dall'altro un contesto caratterizzato dalla limitatezza di risorse e dal doveroso contenimento dei costi.



Fondamentale è quindi cercare nuovi modelli di servizi centrati sulla persona in grado di ottenere una decentralizzazione delle sedi tradizionali di erogazione, ma anche nuove tecnologie che consentano diagnosi precoci, promozione della salute, terapie e cure sempre più efficaci.

In questa ottica, assume particolare rilevanza lo sviluppo di soluzioni innovative, come la *telemedicina*, che consente agli operatori sanitari di assistere pazienti ovunque essi siano, migliorando la capacità di diagnosi e cura personalizzata grazie alla condivisione in sicurezza dei dati clinici attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Potenziamento dei servizi e sviluppo di sinergie

L'Azienda ULSS7 Pedemontana svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione, prevenzione e cura, al fine di mantenere il più alto livello di qualità di vita dei cittadini e garantire l'accessibilità ai servizi, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.



L'attività aziendale si basa sulle direttrici strategiche indicate dalla normativa nazionale e regionale nonché su progettualità aziendali finalizzate alla creazione di forti sinergie e potenziamento della funzione ospedaliera, l'omogeneizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e lo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute.

In questo senso, nel 2024 saranno sviluppati:

- *nuovi modelli organizzativi*: riorganizzazione attività oncologie e modelli per intensità di cura tra i quali l'attivazione di area sub-intensiva polispecialistica medica presso l'Ospedale di Bassano per i pazienti di tipo semintensivo.
- *modelli di assistenza multidisciplinare e transmurale ospedale-territorio*, tra i quali la definizione con avvio dell'attività per Ortogeriatría con gestione integrata del paziente geriatrico ricoverato presso il reparto di Ortopedia, finalizzato a contenere i giorni di degenza, ridurre l'immobilizzazione e migliorare l'esito dei trattamenti.
- *modelli di sviluppo delle competenze specialistiche per la gestione dei pazienti complessi*, tra i quali ad esempio in ambito di Fisiopatologia digestiva e per lo sviluppo della diagnostica ecografica in reparto.

Sostenibilità economica e ambientale

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso attento delle risorse in termini di:

- *efficientamento nell'utilizzo delle risorse economiche*, attraverso l'ottimizzazione delle risorse a disposizione, con analisi puntuali in merito all'introduzione di nuove progettualità o alla modifica di attività in corso, la piena e tempestiva adesione ai lotti di gara regionale e nazionale, la gestione puntuale ed efficiente delle scorte di magazzino e l'utilizzo accurato di tutta la strumentazione di lavoro (locali, apparecchiature, materiali di consumo).
- *forte attenzione verso la sostenibilità ambientale*, ambito rispetto al quale l'Azienda ha posto specifica attenzione come testimoniato dall'aver ottenuto il Premio Compraverde Buygreen della Regione Veneto 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, nonché 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. L'impegno su tali temi continuerà anche nel 2024 con l'individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse.

Sviluppo e valorizzazione professionale delle risorse umane

Le politiche di pianificazione e sviluppo delle risorse umane assumono una importanza fondamentale per l'Azienda Ulss7 Pedemontana, data la complessità e la rilevanza dei servizi erogati e del sistema prevalentemente caratterizzato da contributi clinici, tecnologici e professionali. In questo ambito risulta indispensabile e strategico promuovere e investire nella definizione di percorsi di formazione e aggiornamento di qualità rivolti a tutti i livelli professionali, ponendo particolare attenzione allo sviluppo di competenze del middle e top management nonché alla valorizzazione del personale con rispetto degli istituti contrattuali.



Ulteriore obiettivo aziendale è la diffusione all'interno dell'Azienda della cultura di Project management attraverso 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 triennio sono stati sviluppati progetti specifici, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto l'avvio di gruppi multidisciplinari (gruppi di lavoro/cabine di regia).

L'USS 7 Pedemontana si impegna, inoltre, a promuovere interventi volti non solo a superare le disparità di genere tra lavoratrici e lavoratori, ma anche a migliorare *il benessere organizzativo* complessivo. Il 2023 ha visto il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG), nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 2043 del 1 dicembre 2023. Le iniziative e le linee programmatiche che saranno poste in essere nel corso del 2024 dal CUG mirano in particolare a:

- garantire l'assenza di qualunque forma di violenza fisica, morale e psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa a qualsiasi forma di diversità;
- favorire un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo, e di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione;
- creare le condizioni per consentire ai dipendenti di esprimere al massimo le loro potenzialità nel perseguire la missione dell'azienda.

1.3. Gli obiettivi operativi 2024

Gli obiettivi operativi vengono esplicitati nella presente sezione con evidenza della soglia 2024, della Direzione di Area di riferimento e della Unità operativa di riferimento. Gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale vengono contrassegnati con la lettera "R" con i relativi referenti, 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.

Obiettivi operativi 2024

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	R	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
		Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	R	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
Perseguimento PNRR Missione 6	R	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
		PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Direzione Amministrativa	Servizi Tecnici e Patrimoniali
		PNRR: "Grandi apparecchiature"	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Provveditorato Economato e Gestione Logistica

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi
		SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi
		PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Direzione Socio Sanitaria	Direttore Funzione Territoriale
Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	R	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22	Direzione Socio Sanitaria	Direttore Funzione Territoriale
Strategie di reclutamento del personale SSR	R	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane

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

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	60%	Direzione Sanitaria	Screening
		P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95%	Direzione Sanitaria	SISP
		D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	riduzione >4% o della media 3 migliori performance 2023 (xx)	Direzione Socio Sanitaria	Assistenza Farmaceutica Territoriale

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		Consumo di oppioidi sul territorio >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	>4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	Direzione Socio Sanitaria	Assistenza Farmaceutica Territoriale
		H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"	rispetto soglia nazionale	Direzione Sanitaria	Medicina Trasfusionale
		H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	<=7,25	Direzione Sanitaria	Neurologia HB, HS
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	R	<i>P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)</i>	>=95%	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>SPISAL</i>
		<i>P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto</i>	>=50%	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Screening</i>
		<i>P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina</i>	>=50%	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Screening</i>
		<i>P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Screening</i>
		<i>P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Screening</i>
		<i>P16C - Proporzioni di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</i>	<=25%	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Screening</i>

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		<i>P14C - Indicatore composito sugli stili di vita</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Servizio Epidemiologico</i>
		<i>P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)</i>	<i>>=95%</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>SISP</i>
		<i>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.</i>	<i>Valore atteso=100% (gravemente insufficiente se <70%)</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche SVSA</i>
		<i>P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale</i>	<i>100% dei livelli minimi fissati dalla normativa europea e nazionale. (+ soglia di inaccettabilità)</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>SIAN</i>
		<i>D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA</i>	<i><=14,55</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Cardiologia HS- HB</i>
		<i>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</i>	<i><=14,05</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Neurologia HB Neurologia HS Dir. Dipartimento Medico?</i>
		<i>D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco</i>	<i><=261</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite</i>	<i><=56,38</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso</i>	<i><=18</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Pronto Soccorso HB, HS, HA</i>

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		<i>D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</i>	<i>>=90</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>
		<i>D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)</i>	<i>CIA 1 ≥ 4,0 - CIA 2 ≥ 2,5 - CIA 3 ≥ 2,0 punteggio pieno 2,6 ≤ CIA 1 < 4,0 1,9 ≤ CIA 2 < 2,5 1,5 ≤ CIA 3 < 2,0 punteggio parziale</i>	<i>Direzione Socio Sanitaria</i>	<i>Cure Primarie</i>
		<i>D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche</i>	<i><= 4%: punteggio pieno 4% < Indicatore < 6%: punteggio parziale</i>	<i>Direzione Socio Sanitaria</i>	<i>Psichiatria</i>
		<i>D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</i>	<i>>=55</i>	<i>Direzione Socio Sanitaria</i>	<i>Cure Palliative</i>
		<i>D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</i>	<i>>=41</i>	<i>Direzione Socio Sanitaria</i>	<i>Disabilità e Non Autosufficienza D1 e D2</i>
		<i>H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Medicina Trasfusionale</i>
		<i>H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui</i>	<i>>=90</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Chirurgia Senologica</i>
		<i>H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella</i>	<i><=2,66</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Chirurgia Senologica</i>
		<i>H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario</i>	<i><=0,15</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		<i>H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni</i>	<i>>=90</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Chirurgia Generale</i>
		<i>H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario</i>	<i>indicatore >=80%: punteggio pieno indicatore >=60%: punteggio parziale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Ortopedia HS, HB, HA</i>
		<i>H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno</i>	<i><=15</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Ostetricia e Ginecologia HA</i>
		<i>H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno</i>	<i><=20</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Ostetricia e Ginecologia HB-HS</i>
		<i>Candidati trapianto rene da donatore vivente</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Coordinamento Aziendale Trapianti Direzione Medica Ospedaliera</i>
		<i>Segnalazione potenziali donatori di organo</i>	<i>presidi senza neurochirurgia > 0,6</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Coordinamento Aziendale Trapianti Direzione Medica Ospedaliera</i>
		<i>Percentuale di opposizione alla donazione di cornee</i>	<i><37,5%. E' consentito un valore superiore fino al +5% della soglia purchè si registri un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Coordinamento Aziendale Trapianti Direzione Medica Ospedaliera</i>
		<i>PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
		<i>PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)</i>	<i>La soglia è soddisfatta se è >= 50 o in miglioramento rispetto all'anno precedente</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>
		<i>H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche</i>	<i>mantenimento o rispetto soglia nazionale</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Direzioni Mediche Ospedaliere</i>

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

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia Ospedaliera Provveditorato Economato e Gestione Logistica
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia territoriale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Direzione Amministrativa	Farmacia territoriale

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	R	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Contabilità e Bilancio
Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	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
		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Controllo di Gestione (RPCT)
		Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Gestione Risorse Umane
Miglioramento dei processi sanitari	R	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	Si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche Ospedaliere

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

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	R	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale	Direzione Sanitaria	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	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
Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	R	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Referente Aziendale PANFLU
Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Soglie per raggiungimento obiettivo: influenza 60% (parziale 40%) pneumococco 55% (parziale 40%) zoster (1° dose) 50% (parziale 40%)	Direzione Sanitaria	SISP
		Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%	Direzione Sanitaria	SISP
Sviluppo assistenza territoriale	R	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Cure Primarie
		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)	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	Direzione Sanitaria	Pronto Soccorso HB, HS, HA
		Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	Direttore di Distretto D1 Direttore di Distretto D2
		Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	Direzione Socio Sanitaria	UO per il Sociale

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	STRUTTURA REFERENTE
Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	R	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	Si (come da vademecum)	Direzione Socio Sanitaria	UO per il Sociale
Valorizzazione ruolo di hub	R	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	R	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%	Direzione Sanitaria	Ostetricia e Ginecologia HB-HS-HA
Miglioramento della qualità del debito informativo	R	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Controllo di Gestione
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	R	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	<= 52,2% o in miglioramento	Direzione Sanitaria	Farmacia ospedaliera Farmacia territoriale
Sviluppo dei progetti di qualità percepita	R	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	R	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	Si (come da vademecum)	Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa Ospedaliera
Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	R	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	>= 10%	Direzione Socio Sanitaria	Direttore della Funzione Territoriale



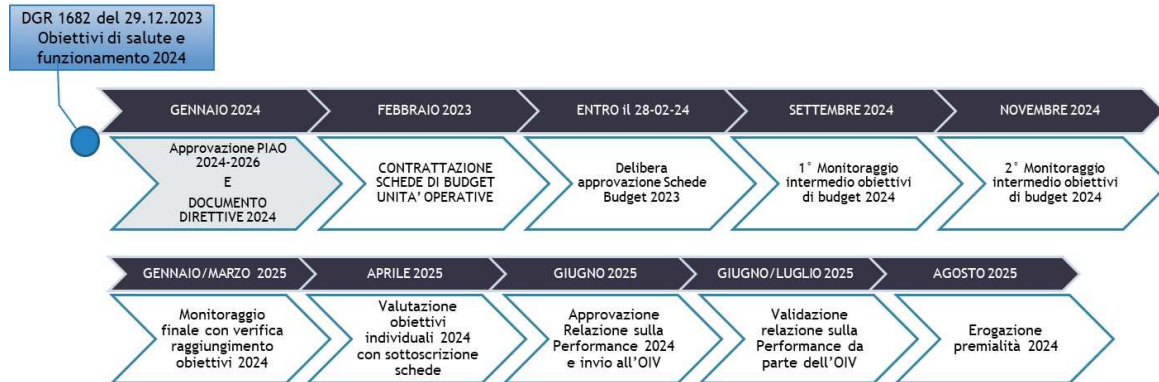
Ulteriori progetti e obiettivi aziendali

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
		Sviluppo di modelli di assistenza multidisciplinare e transmurale ospedale-territorio	- Progetto Ortogeriatrics - Integrazione attività diagnostica angiologica	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari	UU.OO. ospedaliere, territoriali e del Dip. Prevenzione
		Sviluppo di modelli organizzativi per intensità di cura	Attivazione area sub-intensiva medica Bassano	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche e UU.OO. ospedaliere coinvolte
		Sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Riorganizzazione oncologie	Direzione Sanitaria	UOC Oncologia e UOC Oncoematologia
		Sviluppo delle competenze specialistiche per la gestione dei pazienti complessi	Sviluppo della diagnostica ecografica in reparto nelle UUOO Dip.Medico	Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche e UU.OO. ospedaliere coinvolte
Integrazione orizzontale dei servizi – gestione funzionale per processi	A	Definizione di progetti trasversali di integrazione tra strutture omogenee aziendali	>=5	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
		Gestione rischio clinico: messa in atto delle attività finalizzate alla prevenzione del rischio e monitoraggio annuale degli indicatori del programma di sorveglianza SPINCAR	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria	Risk Manager
		Revisione /aggiornamento procedura relativa all'informazione resa al paziente per il trattamento sanitario proposto e acquisizione del relativo consenso informato	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa	Risk Manager Affari Generali Direzioni Mediche UU. OO. ospedaliere
		Sviluppo competenze personale in ambito tutela privacy e prosecuzione digitalizzazione relative attività (Data Protection Manager)	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	Affari Generali Sistemi Informativi UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
		Monitoraggio delle azioni per il contenimento dei rischi corruttivi	Monitoraggio degli indicatori per i processi mappati con il software Gzoom	Direzione Amministrativa	RPCT Internal Audit

OBIETTIVO	TIPO OB.	INDICATORE	SOGLIA 2024	Direzione di riferimento	Struttura di riferimento
		Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi: monitoraggio delle misure di contrasto già in atto ed eventuali azioni di miglioramento	Monitoraggio quadrimestrale delle attività svolte per il processo recupero crediti e attività LP avvio attività di audit per il processo Medicina convenzionata	Direzione Amministrativa	RPCT Internal Audit
Innovazione continua e reingegnerizzazione (per la sostenibilità e l'efficienza in sanità)	A	Sviluppo di progettualità di telemedicina	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari	UU.OO. ospedaliere e territoriali coinvolte
		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
		Sicurezza informatica: attuazione delle azioni di mitigazione del rischio e degli incidenti cyber	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	Sistemi Informativi
Sostenibilità economica e ambientale	A	Prosecuzione delle attività avviate e individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse economiche e ambientali	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
Sviluppo e valorizzazione professionale delle risorse umane	A	Promozione del benessere lavorativo, della cultura di genere e delle iniziative per il contrasto alle discriminazioni	100% delle attività previste	Direzione Sanitaria Direzione Servizi Socio Sanitari Direzione Amministrativa	CUG
		Sviluppo delle politiche di sviluppo delle competenze, di valorizzazione del personale con rispetto degli istituti contrattuali (recupero delle ferie pregresse, orario di lavoro)	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	UU.OO. ospedaliere, territoriali e amministrative
		Prosecuzione della diffusione all'interno dell'Azienda della cultura del Project Management attraverso di un approccio strutturato alla gestione dei progetti	100% delle attività previste	Direzione Amministrativa	Innovazione e Sviluppo

1.4 Timing del processo

Si riporta di seguito il timing del Ciclo di gestione delle Performance con riferimento all'anno 2024, 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.

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 il 30.06.2024"
- ⇒ 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 $0,7 * 15 = 10,5$ punti, 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, la valutazione viene effettuata sulla base del livello di raggiungimento dell'obiettivo sul singolo indicatore (score) derivante dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto.

Valutazione indicatore = (Coefficiente)*(peso assegnato)

INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO x	Scostamento consuntivo su atteso	⇒	Score in %	Coefficiente
% prestazioni erogate entro i tempi in classe B: valore soglia 90%	90	91	91 su 90	=	101%	1
% prestazioni erogate entro i tempi in classe P: valore soglia 90%	90	78	78 su 90	=	86,7%	0,87

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

INDICATORI DI VERIFICA	VALORE ATTESO	VERIFICA ANNO x	Coefficiente		PESO ASSEGNATO	RETRIBUZIONE	RISULTATO	Valutazione indicatore
% prestazioni erogate entro i tempi in classe B: valore soglia 90%	90	91	1	X	15	=	15 punti	
% prestazioni erogate entro i tempi in classe P: valore soglia 90%	90	78	0,87	X	10	=	8,7 punti	

Tipologia di indicatore data

Nel caso di obiettivi con indicatori di tipo data “attività da portare a termine entro il ...”, si utilizzano fasce diverse a seconda dello 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

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

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: farmaci e dispositivi medici” si applica la metodologia per fascia ma differenziando 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 €	≥ 100.000 €	
		fascia (%)	fascia (%)	
E1_0	Non Raggiunto	0 – 59,9	0 – 69,9	0
E1_1	Parzialmente non raggiunto	60 – 79,9	70 – 89,9	0,5
E1_2	Parzialmente raggiunto	80 – 89,9	90 – 94,9	0,8
E1_3	Raggiunto	90 – 100	95 – 100	1


Valutazione finale

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.


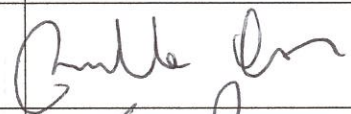
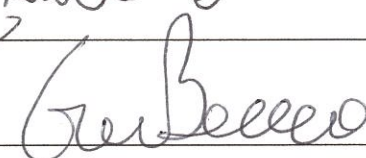
Il punteggio conseguito su ogni indicatore e le eventuali relazioni a supporto vengono condivise con i Direttori di dipartimento e di Area ai fini di formalizzare la valutazione conclusiva.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 2 del 26/01/2024
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	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
Compilata da	dott.ssa Michela Piccinini Direttore UOC Controllo di Gestione		26/01/2024
Verificata da	dott.ssa Michela Conte Direttore Amministrativo		26/01/2024
Approvata da	dott. Carlo Bramezza Direttore Generale		26/01/2024

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	07/03/2022	Prima emissione
1	14/02/2023	Aggiornamento normativo
2	26/01/2024	Aggiornamento normativo

REGIONE DEL VENETO  ULSS7 PEDEMONTANA	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 2 del 26/01/2024
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. 2 del 26/01/2024
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 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. 2 del 26/01/2024
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 PIAO e avvio del ciclo della performance	R	C			R*	- PIAO - Delibera approvazione PIAO
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

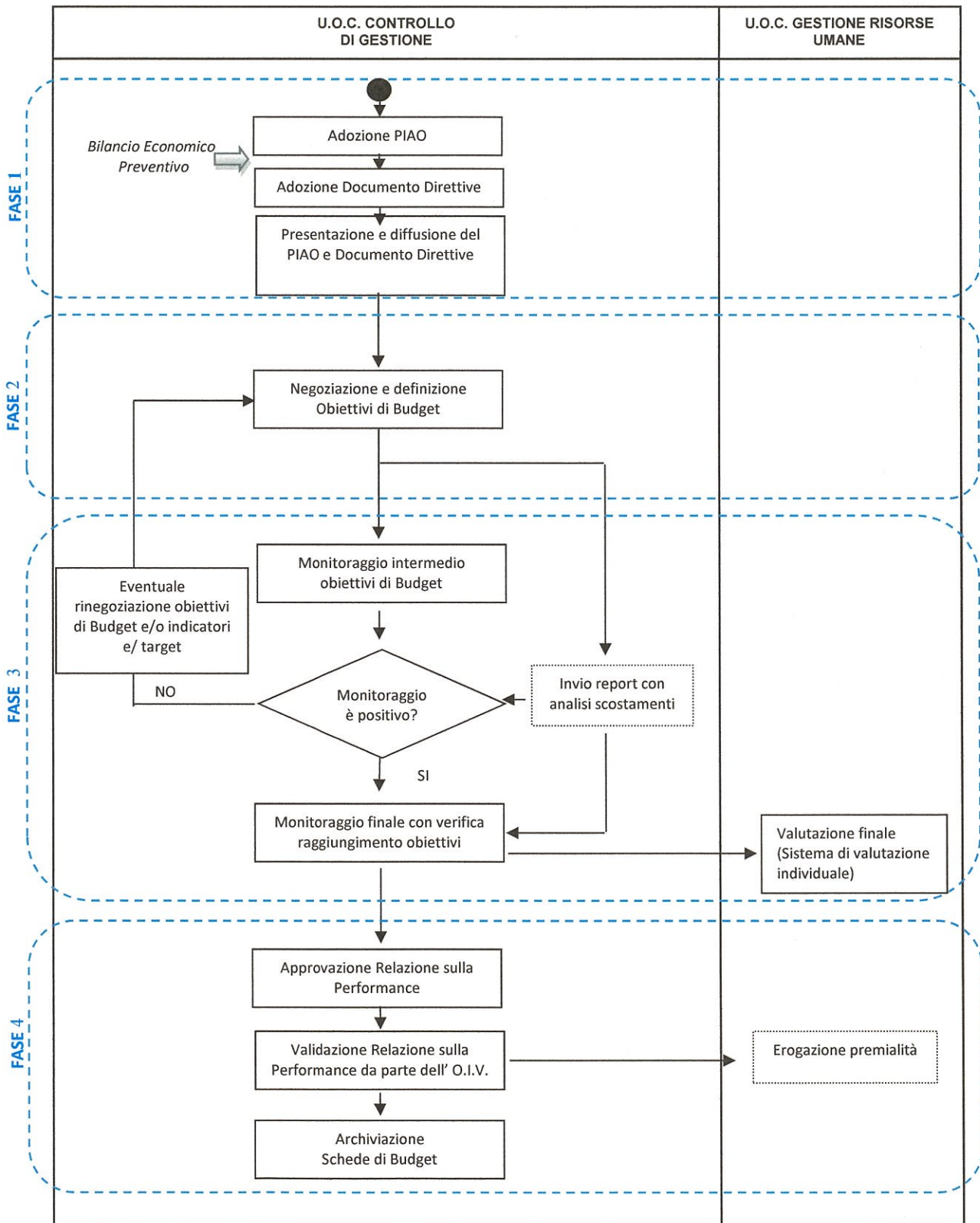
UOC Controllo di Gestione


UOC Gestione Risorse Umane

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 2 del 26/01/2024
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. 2 del 26/01/2024
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 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. 2 del 26/01/2024
Misurazione del Ciclo delle Performance		

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 (compresi volumi attesi 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 la Direzione Strategica, 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 e/o target qualora gli scostamenti siano giustificati da fattori esogeni e imprevedibili all'atto della programmazione.

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 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 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.

	Direzione Generale	PR75157AZ
	UOC Controllo di Gestione	Rev. n. 2 del 26/01/2024
Misurazione del Ciclo delle Performance		

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, con applicazione dei criteri approvati. 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**.

<i>STRUTTURE / FASI</i>	Negoziazione	Verifica interm/ finale rinegoziazione	Valutazione	Validazione
<i>U.O.C./U.O.S.D. Ospedale</i>	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D. –DMO - DMFO- DS	DMO DIR. DIP.	DMO – DS	OIV
<i>U.O.C./U.O.S.D. Distretto</i>	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D.- Dir. Distretto – DFT- DSS-DS	Dir. Distretto	Dir. Distretto - DFT - DS	OIV
<i>U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento di Prevenzione</i>	Responsabile U.O.C. - U.O.S.D. - Dir. Dip. Prevenzione – DS	Dir. Dip. Prevenzione	Dir. Dip. Prevenzione – DS	OIV
<i>U.O.C./U.O.S.D. Amministrativi</i>	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D - DA	DA	DA	OIV
<i>Strutture in staff</i>	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D - DA – DS - DSS	DA – DS - DSS	DA – DS-DSS	OIV
<i>Direzione Articolazione Aziendale</i>	Responsabile U.O.C. - U.O.S.D - DA – DS	DA – DS	DA – DS	OIV
<i>Direttori di Dipartimento</i>	Dir. Dipartimento – Resp.Articolazione Aziendale-Direttore di Area	Resp.Artic.Aziendale- Direttore di Area	Resp.Artic.Aziendale- Direttore di Area	OIV
<i>U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento Salute mentale</i>	Responsabile U.O.C.- U.O.S.D –Dir. Dip.- DSS	Dir. Dip.-DSS	DSS	OIV
<i>U.O.C./U.O.S.D. Dipartimento dipendenze</i>	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. 2 del 26/01/2024
Misurazione del Ciclo delle Performance		

- 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. 2 del 26/01/2024
Misurazione del Ciclo delle Performance		

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.