

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 236 DEL 12/04/2018

Il Direttore del UOC Controllo di Gestione

Richiamata la Deliberazione del Direttore Generale n. 61 del 31.01.2018 ad oggetto: “Adozione del Piano della Performance dell’Azienda Ulss 9 Scaligera per il triennio 2018-2020 e Direttive 2018” con la quale si precisava di prevedere un successivo aggiornamento del Piano sopraccitato, a seguito della emanazione da parte della Giunta Regionale del Veneto degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende Ulss del Veneto;

Considerato che, nella definizione degli obiettivi per l’anno 2018 viene ribadito l’impegno dell’Amministrazione Regionale a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia;

Considerato che in un’ottica di ottimizzazione, che guida molte politiche aziendali, è stata effettuata una scelta di metodo che prevede che il Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2018, permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget;

Vista la DGR n. 230 del 06.03.2018 ad oggetto: “Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2018”;

Considerato che il Piano della Performance, conformemente agli indirizzi di legge, è un documento di programmazione aziendale che ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell’azienda);

Ritenuto necessario declinare, nell’ambito del processo di budget, gli obiettivi contenuti nel “Piano della Performance per il triennio 2018-2020”, in particolare gli obiettivi stabiliti dalla DGRV n. 230/2018, a livello di Direzione Strategica, assegnandoli quindi ai Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari in relazione all’area di riferimento;

Ritenuto di procedere, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, all’adozione dell’aggiornamento del Piano della Performance per il triennio 2018-2020 e Direttive 2018 allegato al presente atto quale sua parte integrante sostanziale e alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale dell’azienda;

Richiamata la Deliberazione del Direttore Generale n. 60 del 31.01.2018 con la quale si dà applicazione alle prime disposizioni organizzative in attuazione dell’Atto

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 236 DEL 12/04/2018

Aziendale dell'AULSS9 Scaligera e si attribuisce, nelle more del perfezionamento delle procedure per il conferimento degli incarichi definitivi, gli incarichi dirigenziali provvisori delle nuove Strutture previste dall'atto aziendale approvato con deliberazione n. 1074 del 19.12.2017;

Richiamate inoltre le successive Deliberazioni del Direttore Generale n. 69 del 31.01.2018, n. 111 del 01.03.2018, n. 162 del 22.03.2018 e n. 206 del 29.03.2018 rispettivamente ad oggetto le prime disposizioni organizzative per il Dipartimento di Salute Mentale, per il Dipartimento di Prevenzione, per gli incarichi di Direttore dei Dipartimenti e per i Distretti;

Propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazione aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

- 1) di adottare l'aggiornamento del Piano della Performance dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per il triennio 2018-2020 e Direttive 2018 allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 2) di pubblicare detto Piano sul sito istituzionale dell'azienda nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
- 3) di trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale per i conseguenti adempimenti di competenza.

**Il Direttore Sanitario Il Direttore Amministrativo Il Direttore dei Servizi
Socio Sanitari
F.TO dr.ssa Denise Signorelli F.TO dott. Giuseppe Cenci F.TO dott. Raffaele Grottola**

**IL DIRETTORE GENERALE
F.TO dott. Pietro Girardi**

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 236 DEL 12/04/2018

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, 19/04/2018

il Direttore
UOC Affari Generali
F.TO Dott. Franco Margonari

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Controllo di Gestione

TRASMESSA PER CONOSCENZA A:

UOC Controllo di Gestione



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Piano della performance
2018-2020**

e

Direttive 2018

**riapprovato con Delibera di integrazione
n. 236 del 12/04/2018**

Indice degli argomenti

PRESENTAZIONE DEL PIANO	1
1. INTRODUZIONE.....	2
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	3
2.1. L'AZIENDA ULSS 9 IN CIFRE.....	3
Il territorio e la popolazione	3
Tassi di accesso ai servizi sanitari	7
L'assistenza ospedaliera	9
L'assistenza specialistica.....	10
L'assistenza distrettuale	11
L'assistenza primaria	11
Il Dipartimento di Prevenzione	14
Il personale dipendente.....	16
Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento.....	17
2.2. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	19
3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI.....	23
3.1. LE LINEE PROGRAMMATICHE	23
3.2. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE E OBIETTIVI STRATEGICI	23
3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale	23
3.2.2. Obiettivi aziendali.....	24
3.2.3. Aree di approfondimento ai fini della definizione degli obiettivi ed indicatori di budget.....	28
3.2.4. Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa.....	35
4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	46
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	46
<i>i. i riferimenti normativi</i>	46
<i>ii. il sistema di misurazione e valutazione della performance</i>	46
4.2. METODOLOGIA AZIENDALE APPLICATA	48
<i>i. Programmazione</i>	48
<i>ii. Formulazione del Budget</i>	48
<i>iii. Svolgimento e misurazione dell'attività</i>	49
<i>iv. reporting e valutazione</i>	49
4.3. TIMING DEL PROCESSO	51
5. CONCLUSIONI	51

PRESENTAZIONE DEL PIANO

La redazione del Piano della Performance tiene conto, analogamente agli anni precedenti, oltre che delle disposizioni normative e amministrative nazionali e regionali, delle statuizioni contenute nella L.R. n. 19 del 25/10/2016 con la quale è stata istituita l'Azienda Zero, sono stati individuati i nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS della Provincia di Verona. In applicazione alla predetta normativa, con decorrenza 01/01/2017, l'ULSS 20 di Verona ha accorpato le aziende ULSS 21 di Legnago e 22 di Bussolengo e ha assunto la denominazione di ULSS 9 Scaligera con sede legale a Verona.

Il Piano della Performance 2018-2020 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, conformemente agli indirizzi di legge, ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell'azienda. Tuttavia il biennio 2017-2018 si caratterizza come periodo di transizione fortemente orientato a obiettivi attuativi delle disposizioni regionali, all'adozione di provvedimenti e misure correlate in gran parte proprio alla ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'Azienda ULSS così come previsto dalla L.R. 19/2016.

Viene sostanzialmente confermata l'impostazione del documento redatto in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti sia dalla delibera CIVIT n. 6/2013 sia dalla DGRV n. 140/2016 che prevedono una programmazione finalizzata a garantire un ciclo della performance "integrato" che comprenda ambiti relativi:

- alla performance,*
- agli standard di qualità dei servizi;*
- ad un migliore collegamento con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio;*
- all'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC).*

Considerato in particolare la necessità di integrare al massimo i processi di programmazione, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il presente Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2018, permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Pietro Girardi

1. INTRODUZIONE

Il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 e dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto con DGR 2205/2012 e DGR 140/2016, è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in coerenza alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013, dà avvio al ciclo di gestione della performance. Attraverso il piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le Istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano anche strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento con un focus particolare per l'anno 2018.

Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di Unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

Gli obiettivi strategici ed operativi regionali con relativi indicatori e target di riferimento per l'anno 2018 sono stati assegnati ai Direttori Generali con DGR n. 230 del 6 marzo 2018.

Tali obiettivi, in continuità con l'anno 2017, rimangono il principale punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di Unità operativa da riportare nella schede di budget, che saranno approvate con provvedimento del Direttore Generale.

Con l'adozione dell'Atto Aziendale dell'ULSS 9 Scaligera verranno rivisti gli organigrammi ed i funzionigrammi ereditati dalle precedenti tre ex ULSS; questo comporta da un lato la riconduzione ad unitarietà delle strutture omologhe precedentemente presenti, ma dall'altro anche la definizione di articolazioni aziendali nuove, come ad esempio avverrà con riferimento alla direzione delle professioni sanitarie, all'organizzazione dipartimentale o nell'ambito distrettuale.

Questo nuovo assetto richiede un ripensamento ed una revisione del ciclo della performance sia in termini di performance organizzativa che individuale, venendosi a modificare gli interlocutori e le relazioni tra le differenti strutture.

2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

La Regione del Veneto, con legge n. 19 del 25/10/2016, avente ad oggetto “Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS” ha ridefinito l’assetto organizzativo delle Aziende ULSS dal giorno 1° gennaio 2017. In particolare la legge regionale, all’art. 14, ha previsto, con effetto dall’01/01/2017, la soppressione delle ULSS n. 21 e 22 e la loro incorporazione nell’Azienda ULSS n. 20.

Pertanto, il Direttore Generale con delibera n. 1 del 02/01/2017, preso atto delle disposizioni regionali emanate con la legge regionale n. 19, ha deliberato con effetto dall’01/01/2017 la soppressione delle ULSS n. 21 di Legnago e n. 22 di Bussolengo, la loro incorporazione nell’ULSS 20 di Verona che ha modificato la propria denominazione in Azienda ULSS 9 Scaligera con sede legale in Verona, via Valverde, 42.

Il Direttore Generale, in conformità con le Linee Guida regionali (DGR 1306 del 16/8/2017), ha adottato l’Atto Aziendale della ULSS 9 Scaligera, approvato con Decreto regionale n 162 del 29 dicembre 2017, subordinatamente al recepimento delle modifiche in esso contenute.

Dopo l’adozione dell’Atto Aziendale e l’attribuzione degli incarichi temporanei necessari a garantire la continuità, l’Azienda conferirà gli incarichi dirigenziali definitivi sulla scorta delle indicazioni della Regione Veneto di cui alla DGR n. 2176 del 29/12/2017 “Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all’anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.”, ovvero dopo essersi dotata di apposito regolamento. Tale regolamento dovrà precisare i criteri di conferimento degli incarichi secondo procedure comparative che garantiscano adeguati livelli di partecipazione e che consentano l’individuazione del dirigente responsabile in aderenza alle esigenze organizzative e al profilo richiesto.

Per gli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario interessati dai processi di riorganizzazione che comportino una novazione della struttura, in relazione alle competenze attribuite, alla complessità ed alle risorse gestite, sarà data applicazione alla procedura prevista dall’art.15 comma 7bis del D.lgs. 502/92 e s.m.i.

Sul fronte della programmazione economico finanziaria, la Regione con DGR 1810 del 7/11/2017 ha individuato le risorse da assegnare, in via provvisoria, alle aziende sanitarie del SSR del Veneto per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017 e 2018, chiedendo all’ULSS 9 Scaligera un risultato economico programmato non in perdita. Per il 2017 la quota capitaria assegnata all’ULSS 9 Scaligera è stata di 1.571€ (+30€ rispetto al 2016) per un totale di 1 miliardo e 447 milioni di finanziamento.

2.1. L’azienda ULSS 9 in cifre

La conoscenza di fattori caratterizzanti il territorio e la popolazione dell’azienda socio sanitaria, e di eventuali aree di discontinuità/disomogeneità ambientali e demografiche è sicuramente propedeutica all’elaborazione delle strategie aziendali, in quanto consente di individuare quelle macro tendenze e quei principali cambiamenti che possono influenzare positivamente o negativamente i bisogni di salute e l’efficacia dei servizi socio-sanitari. Pertanto si riportano di seguito le informazioni sintetiche disponibili caratterizzanti l’Azienda ULSS 9 Scaligera istituita a far data dal 01/01/2017.

Il territorio e la popolazione

La nuova Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di 3.097 kmq, che coincide con l’ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione complessiva, al 31/12/2016, di 921.557 residenti, distribuita in 98 comuni e raggruppata in quattro distretti socio sanitari. L’Azienda ULSS 9 confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l’ULSS 8 Berica e con l’ULSS 6 Euganea, a sud con l’ULSS 5 Polesana. Verona è



la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine. La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte da montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m. (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.). Non bisogna dimenticare infine che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica e che, solo nel 2016, ha registrato più di 16,5 milioni di presenze con un +9% rispetto all'anno precedente, di cui circa l'80% nell'area del Lago di Garda.

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è composta principalmente (come si può vedere nel Grafico 1) da popolazione adulta con un'età media di 44 anni circa.

Grafico 1 – Piramide dell'età della popolazione al 31 dicembre 2016

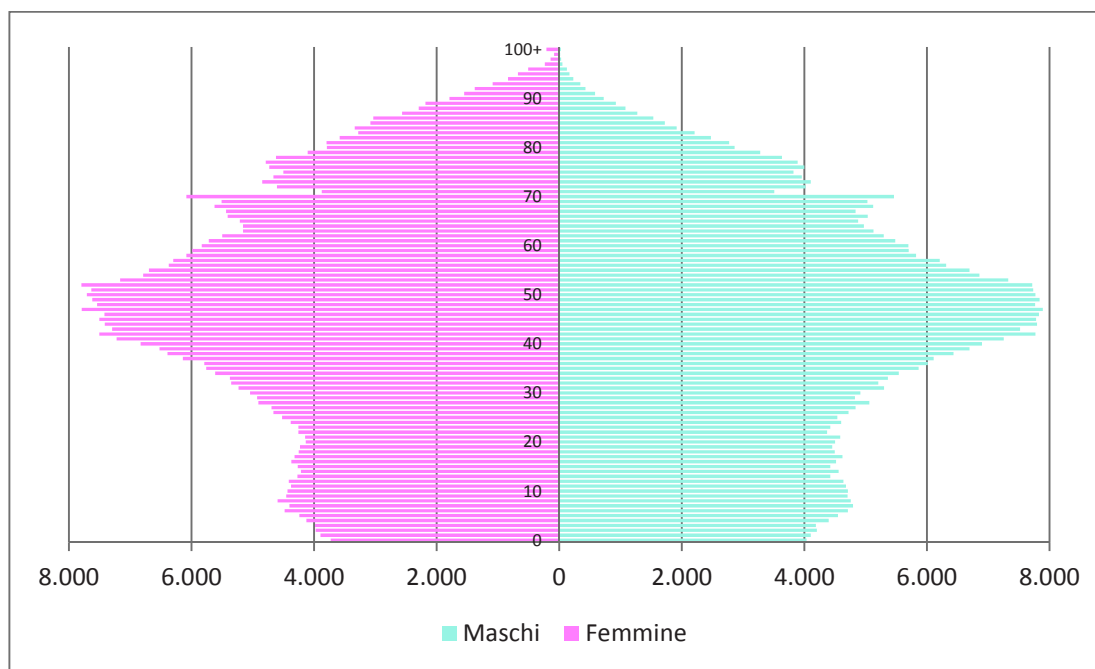


Tabella 1 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 Scaligera al 31.12.2016, suddivisa per Distretto (FONTE DATI: ISTAT)

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9 SCALIGERA
Popolazione totale al 31/12/2016	482.531	154.439	284.587	921.557
N. comuni	36	25	37	98
Superficie (Kmq)	1.057	835	1.205	3.097
Densità per Kmq	456,51	184,96	236,17	297,56
Nati vivi	4.053	1.296	2.424	7.773
Deceduti	4.709	1.577	2.469	8.755
N° famiglie	210.922	60.757	116.417	388.096
Saldo naturale	-656	-281	-45	-982
Popolazione 0-14/Tot	13,91%	14,11%	14,79%	14,22%
% residenti in età >65	22,65%	21,78%	19,88%	21,65%
% residenti stranieri	-	-	-	11,38%
Indice di natalità	-	-	-	8,4
Indice di vecchiaia ^a	1,63	1,54	1,34	1,52
Indice di carico sociale ^b	57,6	56,0	53,1	55,9
Indice di dipendenza giovanile ^c	21,9	22,0	22,6	22,2
Indice di dipendenza senile ^d	35,7	34,0	30,4	33,8

^aIndice di vecchiaia = Pop 65 e oltre/Pop 0-14

^bIndice di carico sociale = [(Pop 65 e oltre + Pop 0-14)/Pop 15-64]x100

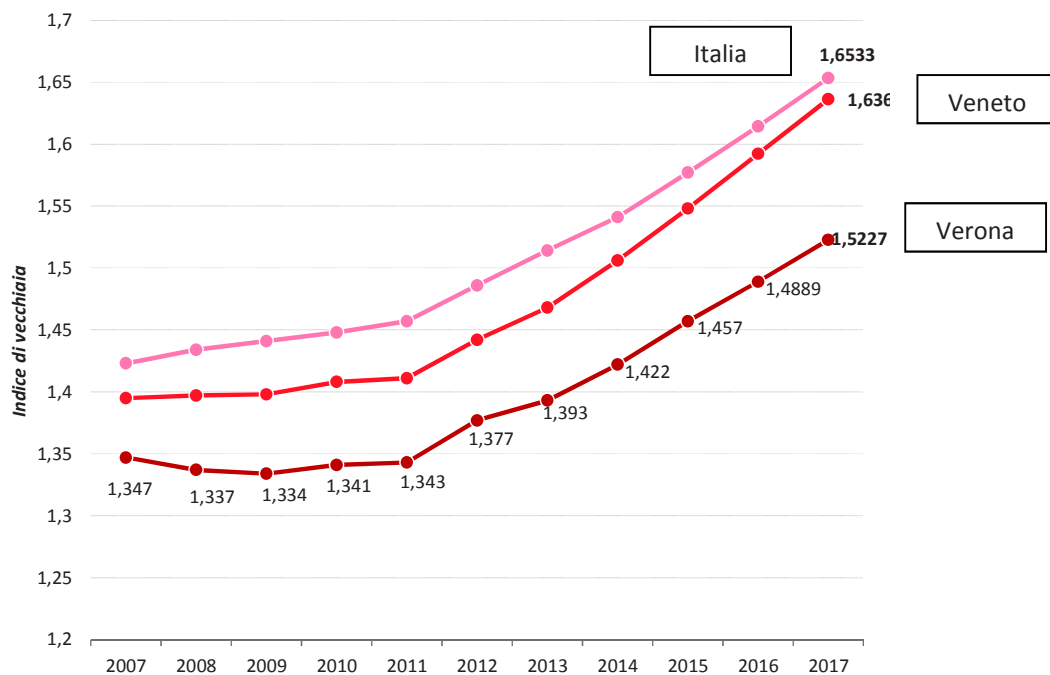
^cIndice di dipendenza giovanile = (Pop 0-14/Pop 15-64)x100

^dIndice di dipendenza senile = (Pop 65 e oltre/Pop 15-64)x100

Nel corso del 2016 (ultimo dato consolidato) la popolazione anziana è aumentata con un valore di 152 anziani ogni 100 giovani in età compresa tra 0 e 14 anni e con un indice di carico sociale pari al 55,9%. Ciò significa che 100 persone in età attiva dal punto di vista lavorativo, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente “a carico” circa altre 56 persone che non lavorano perché ancora in età scolastica o in pensione.

Si evidenzia che il valore dell’indice di vecchiaia è superiore rispetto l’anno precedente e incrementa di anno in anno.

Grafico 2 - Andamento indice di vecchiaia dell’ULSS nell’ultimo decennio (fonte: www.demoistat.it)*



*Rilevazione al 01/01 di ogni anno

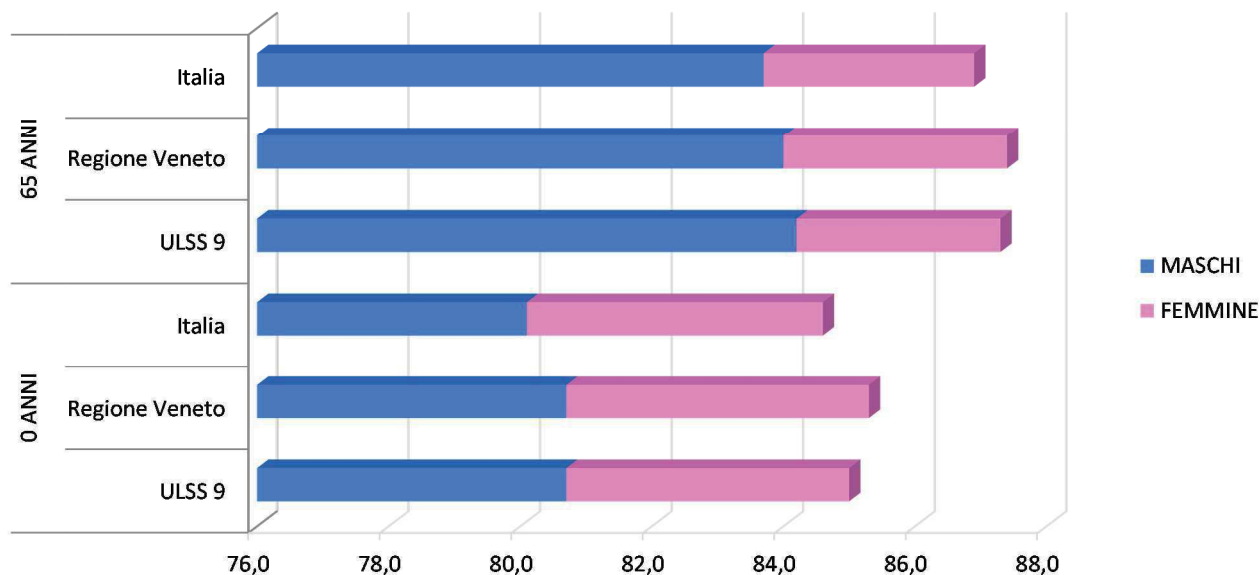
Tabella 2 - Speranza di vita alla nascita e per età selezionate, per genere - Anno 2015

Età	ULSS9		Regione Veneto		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	80,7	85,0	80,7	85,3	80,1	84,6
65	19,2	22,3	19,0	22,4	18,7	21,9

La speranza di vita, anche denominata “attesa di vita”, è un indicatore che viene calcolato solitamente alla nascita, a 15, a 65 e 75 anni. Essa rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all’età indicata; in particolare la speranza di vita alla nascita esprime il numero medio di anni vissuti da una generazione di nati. I dati sopra riportati Tabella 2 - Speranza di vita alla nascita e per età selezionate, per genere - Anno 2015, sono aggiornati all’anno 2015 e si può notare la diminuzione della speranza di vita a sfavore dei nati di oggi rispetto agli attuali 65enni e che generalmente le donne vantano una speranza di vita maggiore.

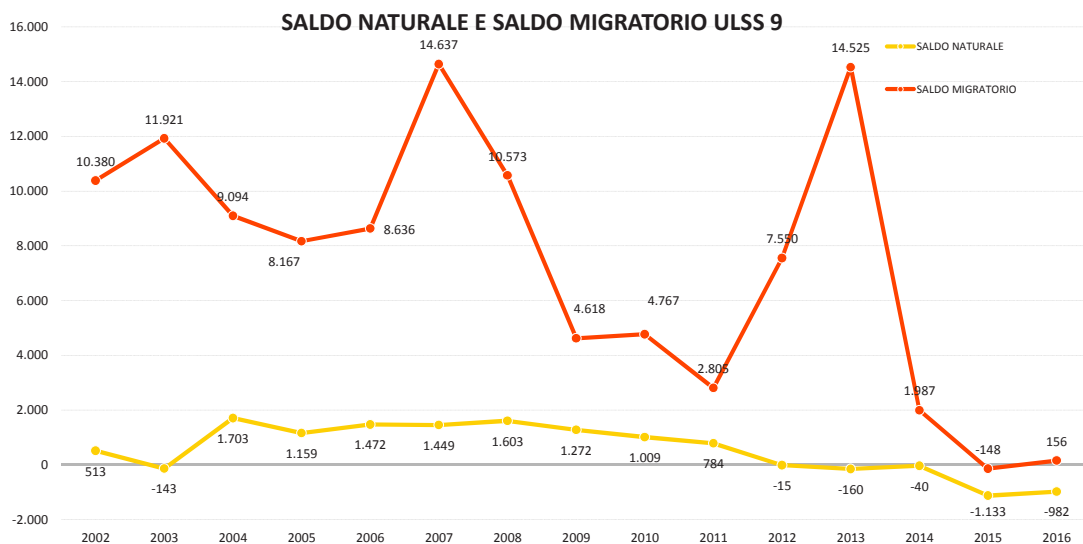
Grafico 3 – Speranza di vita alla nascita e a 65 anni – Anno 2015 (fonte: www.demoistat.it)

Speranza di vita per genere ed età - Anno 2015



Nell'anno 2016 la popolazione ha subito una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Come dimostra l'andamento illustrato nel Grafico 4, il calo della popolazione residente è dovuto principalmente al saldo naturale (differenza tra nati e morti) che risulta negativo a partire dal 2012 e non più compensato dal 2015 dalle immigrazioni di stranieri e non (iscritti da altri comuni, ecc.).

Grafico 4 - Andamento del saldo naturale nei Comuni di appartenenza dell'ULSS 9 (fonte: www.demoistat.it)



SALDO NATURALE = nati - morti; SALDO MIGRATORIO = immigrati nei comuni considerati - emigrati verso altri comuni/Stati esteri

Tassi di accesso ai servizi sanitari

Tabella 3 - Tassi di ospedalizzazione anno 2017

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	509. Scaligera
Tasso Std. N. Dimissioni				
Ricoveri ex ULSS	28,77	80,59	33,31	38,93
Ricoveri Istituto privato ex ULSS	28,62	15,43	65,62	37,81
Mobilità passiva intra regione (pubblico)	76,43	25,44	28,81	53,19
Mobilità passiva intra regione (privato)	0,74	1,81	0,33	0,79
Mobilità passiva extra regione	7,48	12,58	12,57	9,9
Totale	142,04	135,85	140,64	140,62

*Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera 2017 - Tassi" estratti in data 13/3/2018. Mobilità passiva extraregione pari al dato 2016

Tabella 4 - Tasso di consumo x1.000 abitanti prestazioni specialistiche Anno 2017

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	509. Scaligera
Tasso standardizzato prestazioni ambulatoriali (x1000 abitanti)				
Esami di laboratorio	9.043	9.059	8.981	9.021
Classe B "breve 10gg"	486	441	588	510
Classe D "Differita" entro 30gg"	869	635	663	765
Classe P "Programmabile" entro 90gg"	2.318	2.193	2.311	2.295
Totale	12.716	12.328	12.542	12.591
di cui da privato accreditato	20,95%	15,38%	33,22%	23,91%

*Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "Specialistica - Prestazioni - Tassi", cubo "Specialistica - Prestazioni - Tassi" estratti in data 6/4/2018 (il dato non include mobilità passiva extraregionale)

Tabella 5 - Tasso di accesso in PS x1.000 abitanti Anno 2017

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Triage in uscita		Tasso accessi in PS x1.000 abitanti		
Bianco	171,83	168,00	151,19	164,55
Verde	165,40	205,05	208,55	185,92
Giallo	23,95	32,48	17,75	23,38
Rosso	2,23	2,20	1,84	2,10
Non indicato	9,92	8,42	5,82	8,35
Totale	373,32	416,14	385,15	384,30

* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti in data 6/4/2018

Tabella 6 - Confronto ULSS 9-Regione Veneto 2017

	ULSS 9	Regione Veneto	Standard
Tasso di Ospedalizzazione	140,62	135,26	135,00
Tasso Grezzo accessi in PS x1.000 abitanti	384,30	352,02	n.d.
Tasso standardizzato prestazioni ambulatoriali (x1000 abitanti) (senza laboratorio)	3.570,01	3.503,95	4.000,00

Nel confronto con gli standard di programmazione regionale e la media della Regione Veneto, la ULSS 9 evidenzia un consumo per le prestazioni ambulatoriali ampiamente sotto la soglia di eccellenza, mentre registra un Tasso di ospedalizzazione da ridurre.

L'assistenza ospedaliera

L'Ospedale è la struttura tecnico-funzionale che contribuisce alla promozione, al mantenimento e al ripristino delle condizioni di salute della popolazione assicurando le prestazioni di ricovero, comprese nel livello di assistenza ospedaliera, prevalentemente alle persone con patologia in fase acuta che non possano essere assistite in modo ugualmente efficace ed efficiente nell'ambito dei Servizi territoriali.

L'Azienda presenta una rete di offerta molto ampia composta da diversi tipi di strutture organizzate e classificate così come previsto dalla DGR 2122/2013 (come modificata con DGRV 353/2018) per un totale di 2.182 posti letto:

- quattro Presidi Ospedalieri di Rete ubicati nei comuni di San Bonifacio, Legnago, Bussolengo e Villafranca;
- tre Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico ad indirizzo Riabilitativo ubicati nei comuni di Verona, Bovolone e Malcesine;
- sette strutture private accreditate operanti nei comuni di Verona, Garda, Negrar e Peschiera del Garda.

Tabella 7 – Rete di offerta assistenza ospedaliera

Struttura ospedaliera	Descrizione	Num. Posti letto da DGR 2122/2013 (incluse modifiche apportate dalla DGRV 353/2018)	di cui n. posti letto riabilitazione
Ospedale di San Bonifacio	Presidio Ospedaliero di Rete	318	40
Ospedale di Legnago	Presidio Ospedaliero di Rete	365	15
Ospedale di Bussolengo	Presidio Ospedaliero Unico di Rete su due sedi	120	55
Ospedale di Villafranca	Presidio Ospedaliero Unico di Rete su due sedi	187	10
Totale posti letto Presidi Ospedalieri di Rete		990	120
Ospedale di Marzana (Verona)	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	90	90
Ospedale di Bovolone	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	53	53
Ospedale di Malcesine	Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo	50	50
Totale posti letto Ospedali Monospecialistici ad indirizzo riabilitativo		193	193
C.C. Centro Riabilitativo Veronese	Struttura privata accreditata	49	49
C.C. San Francesco	Struttura privata accreditata	44	10
C.C. Villa Santa Chiara	Struttura privata accreditata	82	
O.CL. Villa Santa Giuliana	Struttura privata accreditata	89	
C.C. Villa Garda	Struttura privata accreditata	69	69
O.CL. Sacro Cuore – Don Calabria	Struttura privata accreditata	442	79
C.C. Pederzoli	Struttura privata accreditata	224	18
Totale posti letto Strutture private accreditate		999	225
Totale posti letto ULSS 9 Scaligera		2.182	538

Tabella 8 - Ricoveri erogati anno 2017

	Strutture Private		Strutture Pubbliche		Totali	
	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato	N° dimissioni	Valore tariffato
Ospedali ex ULSS 20	6.908	€ 32.549.985,84	14.438	€ 48.917.486,08	21.346	€ 81.467.471,92
Ospedali ex ULSS 21	.	.	15.902	€ 57.971.924,23	15.902	€ 57.971.924,23
Ospedali ex ULSS 22	51.085	€ 206.171.884,19	12.694	€ 36.287.448,83	63.779	€ 242.459.333,02
ULSS 9	57.993	€ 238.721.870,03	43.034	€ 143.176.859,14	101.027	€ 381.898.729,17

* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "SDO 2017", cubo "Schede Dimissione Ospedaliera 2017" estratti in data 13/3/2018

Tabella 9 - Accessi di Pronto Soccorso anno 2017

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)		Distretto 3 (ex ULSS 21)		Distretto 4 (ex ULSS 22)		ULSS 9	
Triage in uscita	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)	N° Accessi	esiti in ricovero (%)
Bianco	27.259	0%	25.791	0%	58.859	0%	111.909	0%
Verde	24.508	20%	33.410	5%	81.087	13%	139.005	12%
Giallo	1.406	87%	5.244	98%	4.917	78%	11.567	88%
Rosso	167	58%	314	80%	492	59%	973	66%
Non indicato	1.346	0%	1.426	0%	2.137	0%	4.909	0%
Totale	54.686	11%	66.185	11%	147.492	10%	268.363	10%

di cui

Osservazione Breve Intensiva	7.569	26%	8.316	22%	12.132	15%	28.017	20%
------------------------------	-------	-----	-------	-----	--------	-----	---------------	------------

* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "EMUR - Pronto Soccorso", cubo "Pronto Soccorso Accessi" estratti in data 22/3/2018 ATTENZIONE a OBI in exULSS 20

L'assistenza specialistica

Tabella 10 - Specialistica erogata anno 2017

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
ex ULSS 20	2.247.032	€ 27.633.982,50	1.059.979	€ 18.762.962,55	3.307.011	€ 46.396.945,05
ex ULSS 21	1.492.036	€ 27.004.035,65	256.878	€ 1.195.161,40	1.748.914	€ 28.199.197,05
ex ULSS 22	1.906.250	€ 21.590.593,80	1.614.396	€ 67.428.307,23	3.520.646	€ 89.018.901,03
ULSS 9	5.645.318	€ 76.228.611,95	2.931.253	€ 87.386.431,18	8.576.571	€ 163.615.043,13

* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "Specialistica", cubo "Specialistica - Prestazioni" estratti in data 22/3/2018

L'assistenza distrettuale

Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda a cui è demandata la gestione e il coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali (cure primarie, continuità assistenziale, assistenza domiciliare e residenzialità extra-ospedaliera) finalizzata ad assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della popolazione. Con DDG n. 15 del 02/01/2017 l'azienda ha confermato i distretti esistenti anteriormente all'entrata in vigore della L.R. 19/2016 presso le disciolte ULSS 20, 21, 22 e al fine della loro chiara identificazione nella nuova organizzazione dell'Azienda ULSS 9 Scaligera ha fatto riferimento a quanto disposto dalla DGRV 2174/2016: ex azienda ULSS 20 di Verona Distretti 1 e 2, ex azienda ULSS 21 Distretto 3 ed ex azienda ULSS 22 Distretto 4.

Con il nuovo Atto Aziendale è stata adottata la nuova denominazione dei distretti:

- DISTRETTO VERONA CITTA' (ex Distretto1)
- DISTRETTO DELL'EST VERONESE (ex Distretto2)
- DISTRETTO DELLA PIANURA VERONESE (ex Distretto3)
- DISTRETTO DELL'OVEST VERONESE (ex Distretto4)

L'assistenza primaria

Tabella 11 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati 2017

	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Medici di Medicina Generale	301	96	183	580
Pediatri di Libera Scelta	56	20	39	115

* Dati a dicembre 2017 - Fonte ULSS 9 Scaligera

FORME ASSOCIATIVE

Numero Medicine di Gruppo Integrate attivate	3	3*	0	6
--	---	----	---	---

* a feb 2017

Tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dell'Assistenza Distrettuale si collocano le cure domiciliari.

L'Assistenza domiciliare consiste in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato, che accede presso il domicilio del malato, per la cura e l'assistenza a persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, necessari a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Per l'attivazione dell'assistenza domiciliare la condizione del paziente viene valutata da una equipe multi professionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.), a cui partecipano tutte le figure professionali interessate al caso specifico. L'U.V.M.D. attraverso la Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.V.A.M.A.) definisce il profilo di gravità per la presa in carico e la stesura di un piano di intervento individualizzato, che viene verificato e ridefinito attraverso riunioni periodiche della U.V.M.D.

Il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), rappresenta, per ciascuna presa in carico, il rapporto tra la somma delle giornate con accessi e la somma dei giorni intercorsi tra la data del primo accesso e la data dell'ultimo accesso, ed è distribuito su cinque livelli:

- livello zero: 0-0,13 (meno di 5 gg/mese, meno di un giorno a settimana);
- livello 1: 0,14-0,30 (5-8 gg/mese, 1 o 2 giorni/settimana);
- livello 2: 0,31-0,50; (9-14 gg/mese, 2-3 gg/settimana);
- livello 3: 0,51-0,60 (15-18 gg/mese, circa un giorno ogni 2);
- livello 4: 0,61-1 (+18 gg/mese, più di 4 giorni a settimana)

Tabella 12 - Assistenza domiciliare integrata erogata anno 2017

Residenza Intensità di Assistenza	Distretti 1 e 2		Distretto n.3		Distretto n.4		Fuori ULSS		Totale	
	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori	n. utenti	N. accessi operatori
Livello 4	907	47119	224	3679	630	67.655	20	511	1.781	118.964
Livello 3	269	10871	73	2.281	224	19.829	2	74	568	33055
Livello 2	1305	47469	437	14.462	795	54.724	4	105	2541	116760
Livello 1	2282	55367	1125	37.159	1650	74.522	16	242	5073	167290
Attività Base 0	4554	82039	1902	42030	2704	67182	27	403	9187	191654
Accessi Occasionali	1704	2503	1.347	1.856	10173	23759	20	54	13.244	28172
Totale	7.798	245.368	3.340	101.467	13.401	307.671	45	967	24.584	655.473

* Dati 2017, estratti da DWH Regionale, "ADI", cubo "ADIV5 - Accessi - estratti in data 22/3/2018

** La stessa persona può essere stata presa in carico più volte nel corso dell'anno con Livelli di intensità diversi.

“Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Network S. Anna di Pisa” raccoglie numerosi indicatori tra cui alcuni per le Cure Domiciliari, dai quali emerge la dimensione dell’assistenza erogata.

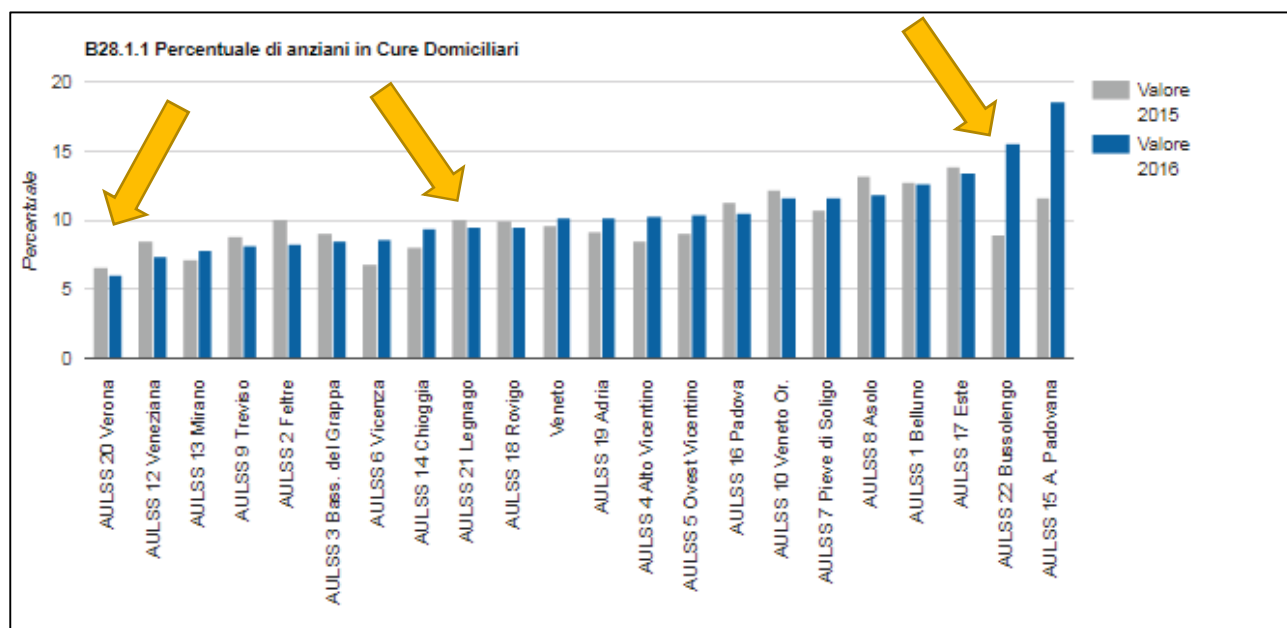


Figura 1 - Indicatore B28.1.1 Network Sant'Anna

In particolare l’indicatore B28.2.5 Percentuale ultra 75enni dimessi dall’ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni, mostra la buona tempestività delle cure domiciliari per gli anziani fragili.

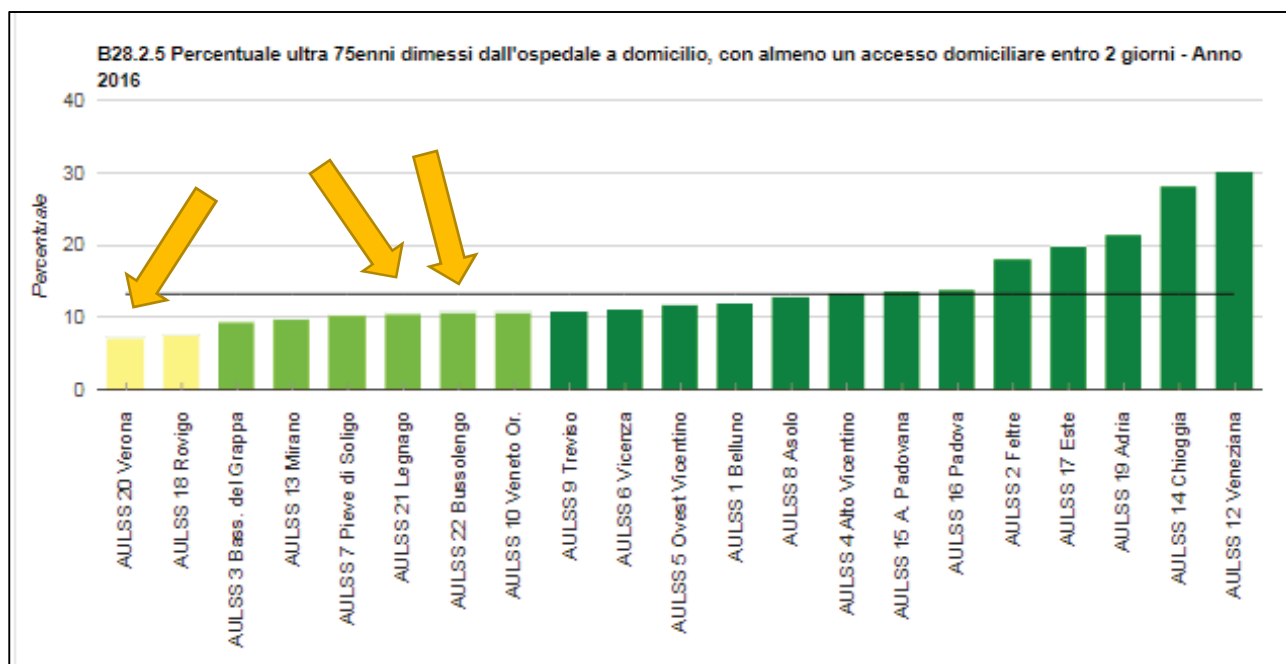


Figura 2 - Indicatore B28.2.5 Network Sant'Anna

Tabella 13 - Case di riposo convenzionate con l'ULSS 9 anno 2017

	Distretto n.1 e 2	Distretto n.3	Distretto n.4	Totale
N. Case di riposo (rilevate da mod. STS 11)	33	16	30	79
N. posti letto autorizzati disponibili per anziani non autosufficienti (rilevate da mod. STS.24)	2.559	1.105	1.647	5.311
N. giorni di assistenza (rilevate da mod. STS.24)	747.949	320.360	545.374	1.613.683

* Dato 2017 rilevati da modelli STS 11 ed STS 24

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione attraverso le funzioni garantite direttamente dal Dipartimento stesso in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti aziendali.

Con DDG n. 16 del 02/01/2017 l'azienda ha preso atto dell'avvenuta soppressione, a far data dal 01/01/2017, dei dipartimenti di Prevenzione insistenti nelle disciolte ULSS 21 ed ULSS 22 ed ha confermato l'esistenza di un unico Dipartimento di Prevenzione per l'azienda ULSS 9 Scaligera.

Tabella 14 - Vaccinazioni e Screening 2017

INDICATORI DI PRODUZIONE		Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9 Scaligera
VACCINAZIONI	n. vaccinazioni (dato inviato in Regione)	239758	80749	110472	430979
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,70%	94,50%	89,15%	91,70%
	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	90,90%	94,10%	86,32%	89,15%
SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione Bersaglio Annuo	38.267	12.391	22.937	73.595
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 80%)	74,30%	78,20%	64,80%	72,20%
SCREENING CITOLOGICO	Popolazione Bersaglio Annuo	42.357	13.985	27.332	83.674
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 60%)	47,90%	64,50%	53,20%	51,90%
SCREENING DEL COLON-RETTO	Popolazione Bersaglio Annuo	61.944	20.850	38.556	121.350
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 65%)	61,90%	71,10%	62,90%	63,70%

Tabella 15 - Attività del Dipartimento di Prevenzione - Anno 2017

			Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9 Scaligera	
INDICATORI DI PRODUZIONE							
Servizio Igiene e Sanità Pubblica - SISP	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE	n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)	852	273	701	1826	
	ATTIVITÀ DI PREVENZION E	n. sopralluoghi	559	651	5172	1727	
		n. campionamenti	233	125	333	691	
n. pareri edilizi		434	182	562	1178		
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN	Pareri ed Accertamenti Alimentari		7.065	2.345	1.415	10.825	
	Pareri su Acque		592	304	558	1454	
	Sopralluoghi/Interventi Alimenti		1.368	734	1.256	3.358	
	Sopralluoghi e Vigilanza Acqua Potabile, Privata e di Acquedotto		764	626	128	1518	
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti		549	266	238	1053	
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico		1183	1.453	1.226	3.862	
	Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica		145	173	121	439	
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole		187	29	33	249	
Servizio di Prevenzion e e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - SPSAL	VIGILANZA	Sopralluoghi	982	804	679	2.465	
		Aziende oggetto di intervento	1.103	479	720	2.302	
		Indagini per infortuni sul lavoro	101	51	104	256	
		Indagini per malattie professionali	192	104	74	370	
		Verbalizzati con contravvenzioni	304	124	114	543	
	VALUTAZION I E PARERI	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	11	49	50	110	
		Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	476	455	491	1422	
		ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	288	113	409	810
			Ascolto sullo stress lavoro-correlato	56	4	9	69
		ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	10	8	5	23
Produzione e/o diffusione di materiali	4		4	5	13		

*pareri su acque: si tratta di giudizi di idoneità su acqua utilizzata da privati. Questo Servizio, di regola, non esegue campionamenti su acqua di privati e non esprime quindi giudizi in merito. **sopralluoghi e vigilanza acqua potabile privata e di acquedotto: il servizio di norma non segue l'acqua di privati ma solo quella di acquedotto. L'indicatore si rifà anche all'attività di vigilanza sulle reti pubbliche con compilazione di verbale. Nel 2016 tale attività, svolta negli anni precedenti, non è stata eseguita. Sono però stati eseguiti n. 45 controlli per la titolazione del disinfettante sulle acque potabili, con compilazione di verbalino specifico e registrazione su programma informatico acque.

Tabella 16 - Attività dei Servizi Veterinari - Anno 2017

	INDICATORI DI PRODUZIONE	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)
Servizio Veterinario Sanità Animale	Richieste di intervento da parte degli utenti	ND	3710	3.810*
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	1820	1561	1.480*
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	610	490	685*
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	6242	5210	3.612*
	Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	152	286	452*
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche	Accertamenti/pareri	753		142*
	Campionamenti/prelievi	1186		551*
	Sopralluoghi/interventi	3630		3.010*
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni bianche	718	738	558
	Ispezioni e vigilanza macelli e laboratori carni rosse	675	881	1461
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio			
	Vigilanza in stabilimenti di produzione/trasformazione di alimenti	755	839	2550
	Vigilanza distribuzione e commercializzazione	241	340	530
	Prelievo campioni per sicurezza alimentare	1008	1512	1420
	Vigilanza distribuzione e commercializzazione	2344	1063	2018
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	58	77	210

* dato 2016

Il personale dipendente

I dipendenti delle tre aziende confluite nell'Azienda ULSS 9 suddivisi per distretto erano 5.771. A questi va aggiunto il personale cosiddetto "convenzionato", ovvero i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta, gli Specialisti Ambulatoriali Interni e i Medici di Continuità Assistenziale (ex-guardia medica).

Tabella 17 - Composizione del personale dipendente per ruolo al 31/12/2017

PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Dirigenza medica	348	293	275	916
Dirigenza NON medica	54	26	26	106
Dirigenza professionale	2	2	2	6
Dirigenza tecnica	5	2	1	8
Dirigenza amministrativa	11	5	8	24
Comparto ruolo sanitario	1.111	952	771	2834
Comparto ruolo tecnico	429	273	395	1097
Comparto ruolo amministrativo	309	193	182	684
Totale personale dipendente	2.269	1.746	1.660	5.675

* Dati al 31/12/2017 - Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9

PERSONALE CONVENZIONATO	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 (ex ULSS 22)	ULSS 9
Medici di medicina generale	301	96	183	580
Pediatri libera scelta	56	20	39	115
Specialisti ambulatoriali interni	150	25	34	209
Medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale	64	20	40	124
Tot. personale convenzionato	571	161	296	1.028

* Dati al 31/12/2017 - Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9

Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento

Tabella 18- Conto economico 2016 (Sanità) DGR 1114 del 13/7/2017

	ULSS 20	ULSS 21	ULSS 22	ULSS 9 SCALIGERA
VALORE PRODUZIONE	€ 808.723.016,00	€ 284.727.543,84	€ 636.137.616,21	€ 1.729.588.176,05
COSTI PRODUZIONE	€ 842.064.310,00	€ 290.550.424,78	€ 633.924.367,42	€ 1.766.539.102,20
RISULTATO DELLA GESTIONE CARATTERISTICA	-€ 33.341.294,00	-€ 5.822.880,94	€ 2.213.248,79	-€ 36.950.926,15
RISULTATO DELLA GESTIONE FINANZIARIA E STRAORDINARIA	€ 1.538.777,00	-€ 132.097,40	€ 3.361.775,08	€ 4.768.454,68
RISULTATO ECONOMICO PRIMA DELLE IMPOSTE	-€ 31.802.517,00	-€ 5.954.978,34	€ 5.575.023,87	-€ 32.182.471,47
IMPOSTE E TASSE	€ 8.070.676,00	€ 6.452.924,78	€ 5.355.985,41	€ 19.879.586,19
RISULTATO ECONOMICO	-€ 39.873.193,00	-€ 12.407.903,12	€ 219.038,46	-€ 52.062.057,66

I dati di costo rilevati nel bilancio di esercizio dell'anno 2016, sono stati rielaborati sulla base della destinazione d'uso delle risorse per la redazione del modello ministeriale LA che si articola in tre macro aree di attività, così come previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001. A loro volta, le tre macro aree si articolano in sub livelli. I dati relativi alla ULSS 9 Scaligera sono la mera somma dei tre bilanci delle ex ULSS 20, 21 e 22.

Tabella 19- Costi per Livello Essenziale di Assistenza Anno 2016 (valori in migliaia di €)

Macrovoce economiche	Distretti 1 e 2 (ex ULSS 20)	Distretto 3 (ex ULSS 21)	Distretto 4 ex ULSS 22	ULSS 9 Scaligera
Assist. sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	34.100	10.704	19.253	64.057
Igiene e sanità pubblica	3.330	905	1.257	5.492
Igiene degli alimenti e della nutrizione	1.615	798	1.088	3.501
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	2.940	1.572	996	5.508
Sanità pubblica veterinaria	6.682	3.228	6.073	15.983
Attività di prevenzione rivolte alle persone	17.625	3.895	9.480	31.000
Servizio medico legale	1.908	306	359	2.573
Assistenza distrettuale	485.612	167.120	301.603	954.335
Guardia medica	4.692	1.413	2.516	8.621
Medicina generale	49.262	16.544	29.091	94.897
Emergenza sanitaria territoriale	4.656	2.285	5.140	12.081
Assistenza farmaceutica convenzionata	131.286	38.283	77.766	247.335
Assistenza Integrativa	5.933	1.828	3.299	11.060
Assistenza specialistica	133.671	58.732	108.034	300.437
Assistenza Protesica	11.333	2.669	4.994	18.996
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	51.209	16.321	22.408	89.938
Assistenza territoriale semiresidenziale	9.348	4.437	8.584	22.369

Assistenza territoriale residenziale	83.378	24.342	39.213	146.933
Assistenza Idrotermale	844	266	558	1.668
Assistenza ospedaliera	331.576	118.221	318.256	768.053
Attività di pronto soccorso	4.686	13.572	12.311	30.569
Assistenza ospedaliera per acuti	291.734	92.350	277.672	661.756
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0
Assistenza ospedaliera per lungodegenti	10.998	2.275	492	13.765
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	19.442	6.760	23.554	49.756
Emocomponenti e servizi trasfusionali	1.129	1.985	1.820	4.934
Trapianto organi e tessuti	3.587	1279	2.407	7.273
TOTALE	851.288	296.045	639.112	1.786.445

Tabella 20- Indicatore di tempestività dei pagamenti

L'indicatore è calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nelle circolari RGS n. 3 e 22 del 2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Tabella 21 - Indicatore di tempestività dei pagamenti per trimestre anno 2017

			$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times importo\ dovuto]$	/	Σ importi pagati nel periodo di riferimento
indicatore primo trimestre	-3,23	=	-543.762.488,60	/	168.206.685,38
indicatore secondo trimestre	2,91	=	551.786.547,46	/	189.572.673,29
indicatore terzo trimestre	2,43	=	503.390.891,45	/	206.869.019,65
indicatore quarto trimestre	-2,59	=	590.033.614,26	/	227.768.647,85
INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO 2017	-0,10	=	78.618.663,95	/	792.417.026,17

2.2. La normativa di riferimento

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29/06/2012 (modificato con L.R. n. 46 del 03/12/2012) ha rappresentato il quadro di riferimento normativo principale per la programmazione fino a tutto l'anno 2016.

La L.R. n. 19 del 25/10/2016 ha prorogato a tutto il 2018 o fino all'adozione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale, la vigente programmazione regionale in materia sanitaria.

L'attuazione del piano avvenuta tramite l'applicazione delle schede di programmazione ospedaliera e territoriali, approvate con DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 ha comportato la revisione per azienda del numero e dell'organizzazione dei presidi, delle specialità, dei posti letto, delle strutture intermedie e dei servizi ambulatoriali.

Nel biennio 2017-2018 la normativa principale di riferimento è la L.R. 19/2016 che ha ridefinito numero, assetto organizzativo e denominazione delle Aziende ULSS del territorio regionale a decorrere dal 1° gennaio 2017 ed ha istituito l'"Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero".

Inoltre la DGR 1306 del 16/8/2017 "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale [...]". ha definito le linee guida per la redazione del nuovo Atto Aziendale delle Aziende ULSS; la ULSS 9 Scaligera ha adottato il nuovo Atto Aziendale nel 2018 approvato dalla Regione con DDG 162 del 29/12/2017.

Pertanto la programmazione aziendale del triennio non potrà che essere strettamente e prioritariamente correlata alla attuazione delle disposizioni conseguenti alla riforma del Sistema Sanitario Regionale e all'attuazione del nuovo Atto Aziendale.

Inoltre, in continuità con i piani della performance degli anni precedenti l'Azienda ULSS 9 Scaligera recepisce gli obiettivi di salute e funzionamento, con relativi indicatori di performance emanati dalla Regione Veneto con la delibera annuale.

Si elencano di seguito, dalle più alle meno recenti le principali disposizioni nazionali, regionali ed aziendali che delineano il quadro normativo di riferimento.

Ambito programmazione

- **DGRV n. 353 del 21/03/2018** "Modifica delle schede di dotazione ospedaliera degli Ospedali di Bussoleto, Villafranca e isola della Scala dell'Azienda ULSS 9 Scaligera. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Deliberazione n.121/CR del 14 dicembre 2017"
- **DGRV n. 230 del 6/03/2018** "Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018."
- **DDG dell'Area Sanità e Sociale n. 162 del 29/12/2017** "Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda ULSS 9 Scaligera. DGR n.1306 del 16 agosto 2017"
- **DGRV n. 2176 del 29/12/2017** "Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all'anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo stesso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DDG n. 1704 del 19/12/2017** "Atto Aziendale AULSS 9 Scaligera – Determinazioni"
- **DGRV n. 1714 del 24/10/2017** "Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019. Articolo 44 della l. r. 30 dicembre 2016, n. 30 di modifica del comma 5 dell'articolo 14 della l. r. 25 ottobre 2016, n. 19."
- **DDG n. 892 del 23/10/2017** "Adozione Atto Aziendale ULSS 9 Scaligera";
- **DGRV n. 1438 del 7/9/2017** "Approvazione degli schemi tipo aggiornati di accordo contrattuale per le strutture accreditate che erogano prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie afferenti alle aree della salute mentale, anziani, disabilità, minori e dipendenze. D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e L.R. 16/8/2002, n. 22."
- **DGRV n. 1306 del 16/8/2017** "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture nell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Dgr n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)."
- **DGRV n. 1075 del 13/7/2017 13/7/2017** "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS."

- **DGRV n. 246 del 07/03/2017** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2017”.
- **DDG n. 1 del 02/01/2017** “Presenza d’atto della L.R. n. 19 del 25/10/2016 recante “Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero” – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”;
- **DDG n. 4 del 02/01/2017** “Individuazione delle funzioni di coordinamento per l’area tecnico – amministrativa”
- **DDG n. 6 del 02/01/2017** “Determinazioni in merito agli incarichi di direttore di Dipartimento”
- **DDG n. 15 del 02/01/2017** “Organizzazione del Dipartimento Distretto dell’Azienda ULSS 9 Scaligera”
- **DDG n. 16 del 02/01/2017** “Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda ULSS 9 Scaligera”
- **DGRV n. 2174 del 23/12/2016** “Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n.19”;
- **DGRV n. 2172 del 23/12/2016** “Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR”;
- **DGRV n. 1969 del 06/12/2016** “Approvazione di un Protocollo di intesa tra l’amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l’emanazione da parte del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all’articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111”
- **Capo VII – Disposizioni in materia di sanità** – Disegno di legge relativo a “Collegato alla legge di stabilità regionale 2017” (deliberazione della Giunta Regionale n.23/DDL del 26 ottobre 2016)
- **Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016** “Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero” – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”
- **DGRV n. 1888 del 23/12/2015** “Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato”;
- **DGRV n. 1903 del 23/12/2015** “Disposizioni applicative alla DGR n. 1169/2015 in merito alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale”;
- **DGRV n. 1914 del 23/12/2015** “Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015”;
- **DGRV n. 15 del 09/12/2015** “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Sistema Sanitario Nazionale”;
- **DGRV n. 1527 del 03/11/2015** “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera’”;
- **DGRV n. 749 del 14/05/2015 e s.m.i.** “Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014- 2018”;
- **DGRV n. 751 del 14/05/2015** “Attuazione della Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 ‘Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016’ e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013”;
- Patto per la Salute 2014-2016 tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014);
- **DGRV n. 2122 del 19/11/2013** “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”;
- **DGRV n. 1338 del 30/07/2013** “Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell’Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).”
- **Legge Regionale n. 23 del 29/6/2012** “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario 2012-2016”;

Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.20 del 9/2/2018** “Determinazione dei limiti per gli investimenti nell’esercizio 2018 di Aziende Ulss, Aziende Ospedaliere, IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”
- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.8 del 21/1/2018** “Determinazioni dei limiti di costo per beni sanitari-anno 2018- delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e delle strutture private accreditate”
- **DGRV n. 1978 del 6/12/2017** “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33).”
- **DGRV 1810 del 07/11/2017** ad oggetto “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017 e 2018 – art. 41 L.R. 5/2001, e circolare regionale Prot. n. 3427 del 06/12/2017.
- **DGRV n. 16 del 23/02/2017** “Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari – anno 2017 – alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”.
- **DDG n. 1 del 10/01/2017** “Disposizioni per l’anno 2017 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2017”;
- **DGRV n. 2165 del 23/12/2016** “Determinazione dei limiti di costo anno 2017 per gli acquisti di prestazioni psichiatriche residenziali e semiresidenziali delle Aziende ULSS”;
- **DGRV n.28 del 19/01/2016** “Determinazione dei limiti di costo per l’anno 2016 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l’IRCCS “ Istituto Oncologico Veneto”;
- **DGRV n. 2076 del 30/12/2015** “Finanziamenti di interventi inseriti nei piani investimenti delle Aziende Sanitarie del SSR”;
- **DGRV n. 2061 del 30/12/2015** “Approvazione piano triennale di razionalizzazione e riqualificazione delle spese 2015-2017, ex art. 16 D.L. n. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111/2011. Resoconto razionalizzazione e riqualificazione delle spese anno 2014: presa d'atto certificazione da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e ipotesi destinazione risorse. Approvazione in via definitiva del fondo per il trattamento accessorio del personale del Comparto per l'anno 2015”
- **DGRV n. 1882 del 23/12/2015** “Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l’utilizzo nell’anno 2016 dell’istituto dell’acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l’8.06.2000”;
- **DGRV n. 1905 del 23/12/2015** “Rilevazione fabbisogno di personale sanitario per l’anno 2016 in rapporto alle previsioni dell’articolo 14, comma 1 della L. 161/2014”;
- **DGRV n. 1907 del 23/12/2015** “Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni”;
- **DGRV n. 1169 del 08/09/2015** “D.L. n. 78/2015 (c.d. spending review) convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative”;
- **DGRV n. 183 del 01/07/2015** “Percorso Attuativo della Certificabilità ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Recepimento delle raccomandazioni/prescrizioni al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).
- **D.P.E.F (Documento di Programmazione Economica e Finanziaria) relativo all’anno 2014 approvato con DGR n. 70/CR del 28/6/2013;**
- **DGRV n. 2621 del 18/12/2012** Ulteriori iniziative da porre in essere a decorrere dall’anno 2012 in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel DL 95/2012 e nella relativa legge di riconversione, L. 135/2012 (cd “spending review”);
- **DGRV n. 154/CR del 24/10/2012** “Assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l’erogazione dei livelli di assistenza per gli esercizi 2013, 2014, e 2015. Richiesta di parere alla commissione Consiliare a norma dell’art. 41, L.R. 5/2011”;
- **D.lgs. n. 118 del 23/06/2011** che al titolo II detta disposizioni sui “*principi contabili generali e applicati per il settore sanitario*” introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;

Ambito Performance e Anticorruzione

- **DGRV n. 140 del 16/02/2016** “Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)”.
- **Delibera ANAC n. 12 del 28/10/2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- **Delibera ANAC n. 148 del 3/12/2014** “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell’Autorità”;
- **Delibere CIVIT/ANAC n. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013** che contengono linee guida per le Regioni e gli enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale in materia di struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;
- **D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013** “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **DGRV n. 2205 del 06/11/2012** “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”;
- **D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009** “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

Network e benchmarking

- Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali – Scuola Superiore sant’Anna di Pisa;
- Programma nazionale valutazione esiti AGENAS;

3. LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo che sono supportate dai seguenti documenti, strumenti e metodi:

- il Piano della Performance;
- il Documento delle Direttive, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2018 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e del rapporto costo/qualità delle attività delle Unità operative;
- il Sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative.

3.1. Le linee programmatiche

Il Piano della Performance articolato su un orizzonte temporale triennale è di norma modificato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale e/o modifiche del contesto interno ed esterno.

Le linee programmatiche sono:

- la programmazione regionale, in particolare gli obiettivi assegnati ai direttori generali;
- le autonome valutazioni strategiche aziendali;
- le disposizioni normative, in particolare quelle inerenti l'anticorruzione.

Dalle linee programmatiche derivano le direttive per la redazione del Budget.

Considerato in particolare la necessità di integrare al massimo i processi di programmazione, viene effettuata una scelta di metodo che prevede che il presente Piano delle Performance contenga il Documento di Direttive 2018 (Capitolo 3.2), permettendo di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget.

3.2. Documento delle Direttive e obiettivi strategici

Con il Documento di Direttive, strumento di Programmazione annuale, viene esplicitato il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2018. Il Documento di Direttive rappresenta lo strumento tecnico attraverso il quale le linee di indirizzo contenute nel Piano delle Performance trovano declinazioni specifiche e articolate garantendo allo stesso tempo coordinamento e coesione ai propositi di gestione aziendale.

3.2.1. Obiettivi strategici da programmazione regionale

La Giunta Regionale ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2018 con DGR 230 del 6/3/2018.

Gli obiettivi risultano in linea con la programmazione degli anni precedenti, aggiornando alcuni contenuti ed integrando:

- Obiettivi specifici per le Cure Primarie
- Obiettivi specifici per le Cure Palliative
- Obiettivi specifici per il miglioramento del saldo di Mobilità extraregionale

In riferimento al coinvolgimento di Consiglio Regionale e Conferenze dei Sindaci nella valutazione dei Direttori Generali la DGRV n. 2172 del 23/12/2016, ai sensi della L.R. 22/2012, nella versione riformata con la L.R. 19/2016, ha disciplinato la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR a partire dall'anno 2017.

Ne consegue che agli obiettivi strategici regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere anche eventuali indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale.

In particolare con comunicazione prot. n. 342394 del 18 agosto 2017 del Direttore Generale Area sanità e sociale, è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2017, intende valutare i seguenti aspetti:

- A. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale delle cure primarie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- B. Adeguamento della dotazione territoriale di strutture di ricovero intermedie agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- C. Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalle L.R. 23/2012 e 19/2016
- D. Adeguamento programmazione regionale per lo IOV
- E. Interventi tesi all'umanizzazione nel rapporto con pazienti e famigliari da parte del personale medico e sanitario
- F. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consigliere

L'azienda ritiene ambiti prioritari di programmazione quei livelli prestazionali e di attività parzialmente o non raggiunti nel 2017. Sono previsti interventi mirati soprattutto in quegli ambiti che presentano una criticità trasversale per le seguenti aree:

- area dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA),
- area della sostenibilità economico – finanziaria,
- area informatica e dei flussi informativi.

L'azienda persegue infine tra i propri obiettivi l'implementazione di un approccio professionale sistematico finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance, prevedendo una funzione di Internal Auditing che collabora e si coordina con la funzione della Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza.

3.2.2. Obiettivi aziendali

3.2.2.1. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2018-2020

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) afferma che l'efficacia del P.T.P.C.T. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'azienda. Pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione adottati a livello aziendale. Precisa, inoltre, che è importante stabilire opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance e che tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i documenti di piano aziendali. In particolare è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009) e più in generale tra il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009).

Sia la determina A.N.AC. n. 12/2015 di aggiornamento al P.N.A. che il P.N.A. 2016, di cui alla delibera ANAC n. 831/2016, precisano che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. La citata determina precisa ancora che particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra P.T.P.C.T. e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Pertanto, l'Azienda annualmente individua specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia per quanto riguarda la performance organizzativa che la performance individuale. Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità si darà conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettua un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individua, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel P.T.P.C.T.

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, disciplinata nel PTPCT, in accordo con le best practice, è prevedere l'esistenza di un programma attivo di Fraud risk management, corredato da procedure scritte a garanzia del coinvolgimento del top e del senior management nelle attività di gestione dello stesso, rivolto a consentire l'emersione delle aree e dei relativi processi/procedimenti a rischio di corruzione medio/alto, che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove, utilizzando tecniche preventive idonee a identificare potenziali schemi di frode, prevenendone gli impatti nell'Azienda. Il PTPCT andrà progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

Nella fase dello studio dei processi in corso, l'Azienda ha ritenuto rilevante pianificare obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi, tentando di raggiungere un grado di analisi il più possibile accurato in relazione al livello formativo acquisito.

Per dare ragione di esistere al PTPCT, quale misura preventiva essenziale, sono stati quindi assunti gli obiettivi aziendali:

Tabella 22 - Applicazione del PTPCT

Applicazione del PTPCT	COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
A Per ogni processo, definizione della procedura, descrittiva dell'organizzazione e compliance con la normativa Definizione dell'approvazione, aggiornamento delle procedura e della diffusione affinché il lavoro svolto dalla Unità Operativa rifletta quanto in esse contenuto	I Responsabili individuati per processi	Consegna elaborato

Tabella 23 - Adempimenti relativi alla trasparenza – Misura 01

	COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
A Inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".	I Responsabili indicati nel PTPCT	Come indicato nel PTPCT
B Relazioni semestrali sugli obblighi di pubblicazione da presentare al R.P.C.T., nelle quali i Dirigenti/Referenti possono inserire eventuali ulteriori dati/informazioni/ documenti per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione.	I Responsabili indicati nel PTPCT	Con cadenza semestrale entro luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente

Tabella 24 - Monitoraggio termini procedimentali - Misura 03

	COMPETENZE	RISULTATO ATTESO
A Ogni Referente invia al R.P.C.T. entro i mesi di luglio e gennaio, con riferimento al semestre precedente, i seguenti dati, su modello del R.P.C.T.: - n. totale procedimenti amm.vi conclusi nel periodo considerato, con indicazione separata del numero di quello conclusi nei termini e oltre i termini; - per quelli conclusi oltre i termini, indicazione dei motivi, anche per eventuale revisione dei termini finali.	Tutti i Referenti per l'area di rispettiva competenza.	Con cadenza semestrale entro luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente.

3.2.2.2. Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

Il decreto interministeriale Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, 1° marzo 2013, prevedeva che i Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) siano approvati coerentemente con quanto disposto dal comma 3 dell'art. 3 del Decreto 17 settembre 2012 in materia di certificabilità.

La Regione Veneto ha ritenuto di cogliere in questo percorso un'occasione di miglioramento non solo nella trasparenza ed affidabilità contabile ma anche nei processi organizzativi connessi.

A seguito della riforma del SSR in atto (L.R. 19/2016) e della piena entrata in attività di Azienda Zero, la Regione ha rivisto il proprio Percorso Attuativo della Certificabilità (Decreto n. 71 del 15 giugno 2017).

Con Decreto del Commissario di Azienda Zero n. 135 del 30 giugno 2017, è stato approvato il "Manuale di standard organizzativi, contabili e procedurali" ed è stata richiesta nel 2017 ad ogni azienda una ricognizione delle proprie procedure e degli obiettivi contenuti nel PAC; in tale occasione è stato definito e rispettato uno specifico cronoprogramma per lo svolgimento delle attività con il supporto della funzione di controllo interno.

L'azienda ha previsto nell'Atto aziendale una Unità Operativa Complessa di Internal Auditing che svolgerà la funzione in collaborazione e coordinamento con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza aziendale (RPCT) e supporterà metodologicamente le Unità Operative coinvolte nel percorso attuativo della certificabilità.

3.2.2.3. Clima organizzativo interno all'Azienda

Nel 2017 l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha partecipato, insieme alle altre Aziende Sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e l'indagine, avendo cadenza biennale, sarà effettuata nuovamente nel 2019. Questa iniziativa si è collocata all'interno del Sistema di valutazione delle performance dei Sistemi sanitari del Network di Regioni aderenti. Il Sistema di valutazione si compone di sei dimensioni: lo stato di salute delle popolazioni, la valutazione sanitaria, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei cittadini, la valutazione della dinamica economica finanziaria e la valutazione interna.

In quest'ultima dimensione si colloca l'indagine di clima organizzativo, che ha la finalità di conoscere l'opinione del dipendente su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorarli nel prossimo futuro.

3.2.2.4. Obiettivi di Qualità

Sono individuati quali obiettivi di miglioramento continuo della qualità:

Autorizzazione all'esercizio

Dal 2015 al 2017 le ex ULSS 20, 21 e 22 sono state oggetto di verifica da parte di un team di valutatori dell'Azienda ULSS 5 Polesana, così come previsto dalla DGR 1145/2013, per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio.

Nel 2018 l'ULSS 9 Scaligera dovrà porre in essere azioni correttive in risposta alle prescrizioni presenti nel report finale correlate alle non conformità rilevate dai valutatori esterni. In particolare saranno analizzate e approfondite tutte le prescrizioni allo scopo di pianificare azioni di miglioramento, favorendo e sostenendo il coinvolgimento diretto di tutti gli operatori, attraverso la condivisione di percorsi di innovazione, crescita e sviluppo.

Nel 2018 prosegue l'aggiornamento del software regionale AREA, della mappatura complessiva delle unità di offerta, dell'ULSS 9 Scaligera. Tale processo impegna componenti aziendali diverse, in modo da garantire le informazioni necessarie sia all'applicazione della L.R.22/2002, sia all'assolvimento del debito informativo verso il Ministero della salute (MRA - Monitoraggio della Rete Assistenziale).

Accreditamento istituzionale

Come previsto dalla normativa vigente, nel 2015 era stata presentata alla Regione Veneto la domanda di rinnovo dell'accREDITamento istituzionale per le ex Aziende ULSS 20 - 21 e nel 2011 domanda di rilascio dell'accREDITamento istituzionale per l'ex Azienda ULSS 22.

Nel frattempo con DGR 2266 del 30.12.2016 la Giunta Regionale ha recepito e applicato il Disciplinare Tecnico (allegato A) dell'Intesa Stato - Regioni n. 32/CSR del 19.02.2015, adottando i "Requisiti minimi generali per

l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie", in parziale sostituzione della DGR 2501/2004.

Nel 2018, è prevista l'autovalutazione dei requisiti, che vede impegnate tutte le strutture aziendali, sia quelle coinvolte nell'erogazione diretta delle prestazioni, sia quelle a valenza organizzativo-gestionale, cui seguirà poi la visita di verifica.

Pertanto il Servizio Qualità ha coordinato e coordinerà, in collaborazione con Azienda Zero, la formazione dei valutatori iscritti negli elenchi regionali e le fasi di preparazione alla visita, attraverso la verifica della rispondenza ai nuovi requisiti regionali di accreditamento istituzionale da parte di tutte le strutture aziendali, con il coinvolgimento dei direttori delle Unità Operative Complesse/Servizi e dei referenti della qualità.

Certificazioni di Qualità

Nell'Azienda ULSS 9 Scaligera ci sono diverse esperienze di accreditamento volontario ereditate dalle tre ex Aziende . In particolare:

- adesione al programma di Accreditamento all'Eccellenza di Accreditation Canada International per il triennio 2014 – 2016, con prolungamento del contratto per tutto l'anno 2017, per l'ex ULSS 20;
 - certificazione ISO 9001: 2015 per le Unità Operative dell'ex ULSS 21 e certificazione ISO 9000:2008 per l'ex ULSS 22.
- Alla luce di tutti i percorsi implementati e allo scopo di continuare a promuovere il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la sicurezza del paziente la Direzione Generale farà una valutazione di sostenibilità dei percorsi avviati individuando alcuni ambiti dei Servizi ospedalieri e territoriali della neo Azienda ULSS 9 Scaligera.

Mentre nel 2017 sono state promosse e supportate due iniziative di certificazione volontaria che hanno coinvolto l'intera azienda: Baby Friendly Hospital – BHF e Progetto Bollini Rosa con l'adesione alle iniziative promosse dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna O.N.Da.

Risk Management

Il Risk management rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto dalla Azienda Ulss 9 per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e la sicurezza del paziente.

L'attività di Risk Management ha l'obiettivo di ottimizzare l'analisi e la gestione dei rischi e promuovere negli operatori la cultura del rischio e delle tecniche per governarlo.

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) (ex Responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente – DGR 1831/2008) svolgerà un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso, in particolare:

- attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collaborazione alla formazione degli operatori in materia;
- assistenza tecnica verso gli uffici legali nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

3.2.3. Aree di approfondimento ai fini della definizione degli obiettivi ed indicatori di budget

Il 2018 vedrà l'azienda prioritariamente impegnata nel dare attuazione al nuovo atto aziendale che prevede la revisione della dotazione delle strutture (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali e Semplici) nell'area dei servizi amministrativi, del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale.

In modo specifico sarà promossa l'omogeneizzazione dei servizi e dei livelli quanti-quantitativi dell'offerta su tutto il territorio dell'Azienda, riconducendo ad unitarietà le procedure, le prassi e gli strumenti operativi adottati dalle unità organizzative, e favorendo di conseguenza l'equità nell'accesso all'assistenza da parte dei cittadini, indipendentemente dal territorio di residenza.

Alla luce di questa premessa, si riportano di seguito alcuni punti che meritano un approfondimento ai fini della definizione del Budget.

3.2.3.1. Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate

Nel 2017 sono 6 le Medicine di Gruppo Integrate già attivate e 5 quelle autorizzate dalla CRITE per l'azienda ULSS 9. Pertanto nel biennio 2018-2019 dovranno essere attivate 4 Medicine di Gruppo Integrate nel distretto 4 di Bussolengo-Villafranca e 1 Medicina di Gruppo Integrata nel Distretto 3 di Legnago. Proseguirà, inoltre, l'attività per l'implementazione di tavoli di monitoraggio e l'adozione di contratti di esercizio omogenei su tutto il territorio aziendale.

Inoltre la Regione ha richiesto alle aziende di effettuare con costanza l'aggiornamento dei dati contenuti in Anagrafe Unica Regionale - AUR, i monitorare l'effettiva accessibilità agli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta in caso di urgenza (quindi non unicamente su appuntamento) ed il rispetto degli orari ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale e Accordo Integrativo Regionale vigenti.

Va considerato che l'integrazione delle precedenti ex aziende richiederà l'omogeneizzazione degli accordi aziendali con MMG, PLS, SAI e CA, dando particolare enfasi all'appropriatezza, sostenibilità ed efficientamento nell'uso delle risorse in particolare Farmaceutica, Specialistica e Protetica, nonché al ruolo del MMG nel modello di gestione delle Cure Palliative e cosiddette intermedie.

3.2.3.1. Cure Palliative e flusso ADI

La Regione con DGRV 1075 del 13/07/2017 "Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS." ha inteso dare avvio ad una revisione del modello delle Cure Domiciliari, esplicitando alcuni indirizzi organizzativi, in particolare in merito al ruolo della COT, le modalità di integrazione dei MMG e dei MCA all'interno dell'equipe, l'attività del personale infermieristico, nonché l'informatizzazione e la gestione dei dati.

La Regione ha inoltre assegnato quale obiettivo al direttore generale il miglioramento della copertura e l'intensità delle cure palliative offerte in particolar modo ai malati oncologici, segnalando che, almeno in parte, l'applicazione di regole omogenee e più chiare nella rilevazione dell'attività di assistenza domiciliare, tramite il flusso ADI, possa far emergere in maniera più corretta il servizio effettivamente offerto. Per questo il flusso ADI dovrà essere costantemente presidiato sia dal punto di vista informatico che gestionale al fine di migliorare la performance aziendale in questo settore.

L'azienda dovrà garantire attraverso la UOC Cure Palliative la programmazione del percorso assistenziale dei malati candidati a palliazione, garantendo attraverso i Nuclei di Cure Palliative la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, assicurando peraltro il coordinamento sanitario degli Hospice in maniera sempre più omogenea su tutto il territorio aziendale.

Di seguito si presentano alcuni indicatori del Network Sant'Anna che evidenziano le aree di miglioramento relative alle cure palliative.

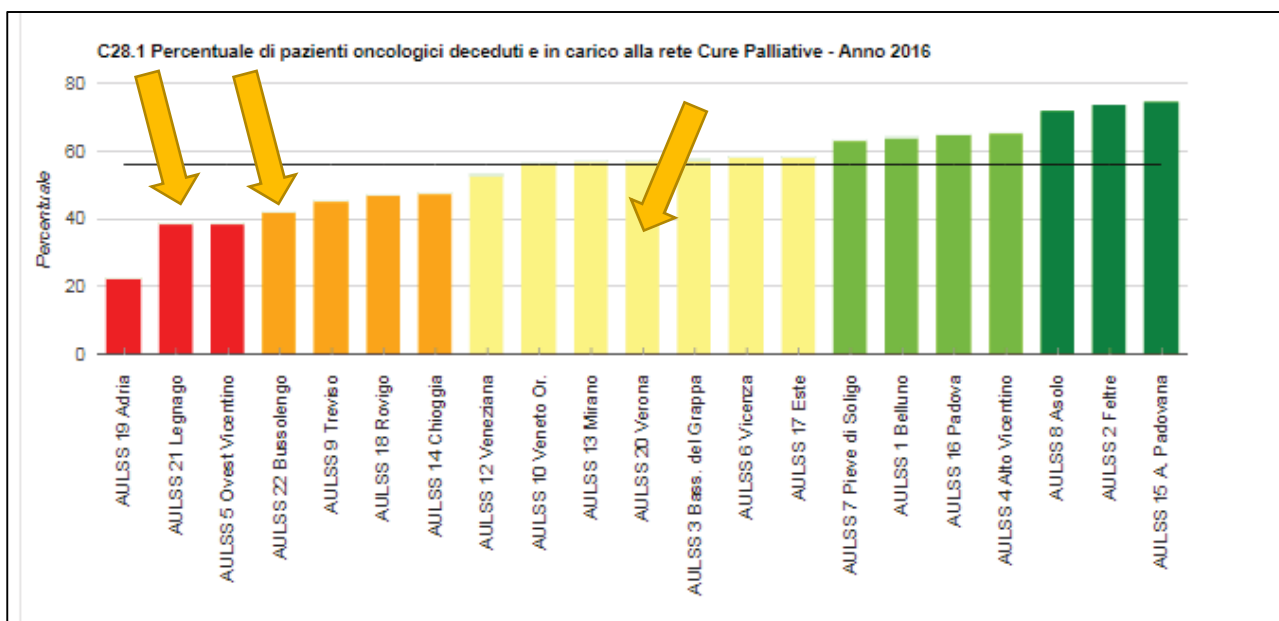


Figura - Indicatore C28.1 Network Sant'Anna particolare nel grafico seguente si riporta il posizionamento dell'ULSS 20 (sede hospice) rispetto all'indicatore "C28.2b - Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 gg" che evidenzia la difficoltà nella presa in carico da parte degli hospice.

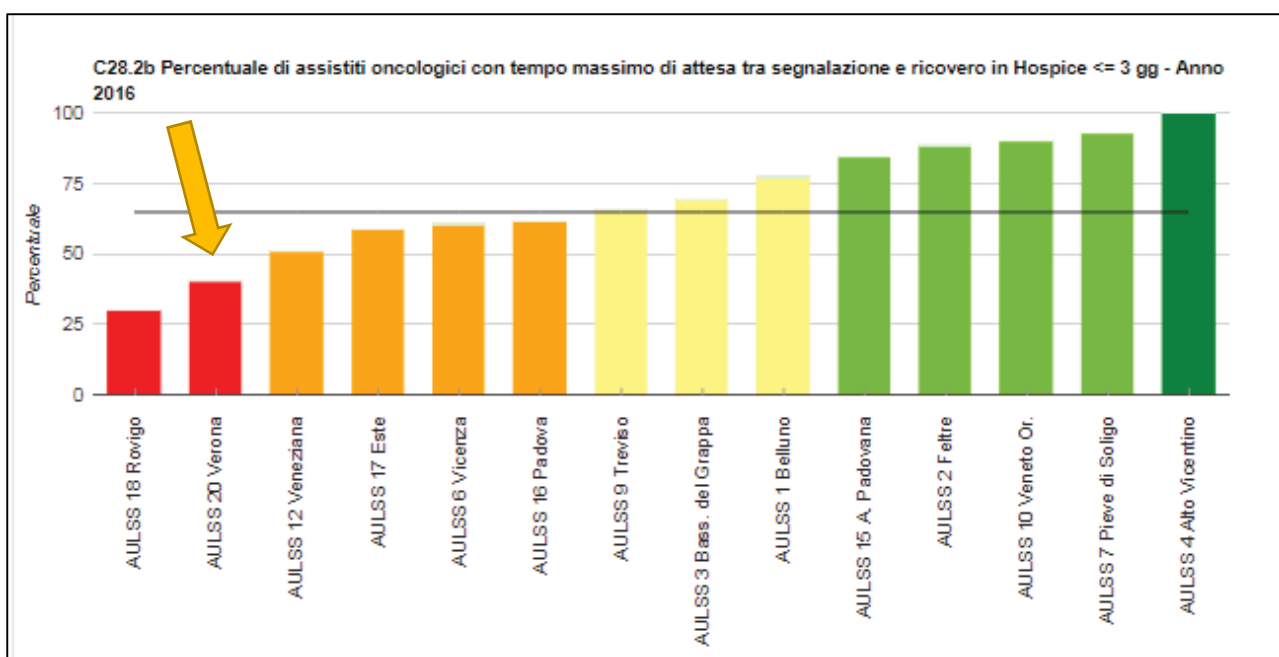


Figura 3 - Indicatore C28.2b Network Sant'Anna

Aspetto rilevato anche dagli indicatori presenti nel questionario LEA in particolare "numero di deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete delle cure palliative in ADI o in hospice sul numero dei deceduti medi a causa di tumore negli ultimi tre anni".

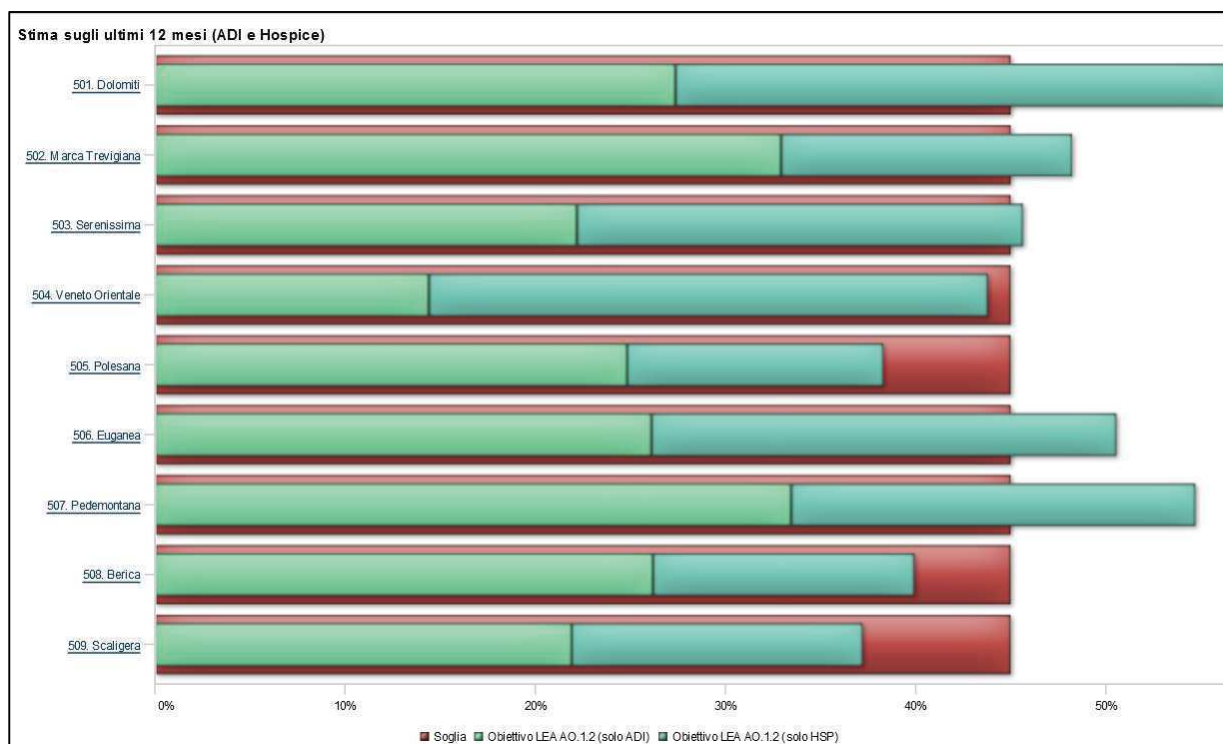


Figura 4 - % deceduti per tumore assistiti in ADI o Hospice (2017)

Vista la delicatezza del tema delle cure palliative e l'importanza del sistema delle cure domiciliari nella gestione di tutte le fragilità, sarà fondamentale garantire l'omogeneizzazione dei servizi sul territorio, a partire dalle procedure di presa in carico e di gestione delle dimissioni protette.

3.2.3.2. Area Disabilità e non autosufficienza

L'Atto aziendale istituisce le UOC Disabilità e non autosufficienza per garantire risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie, sviluppando progetti individualizzati per potenziare e mantenere abilità e competenze per una migliore inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita incluso l'ambito scolastico e lavorativo. In particolare gestisce interventi di tipo sociale e/o economico, le modalità di accesso alla rete dei Centri di Servizi per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali attraverso il Registro Unico della Residenzialità, nonché interventi di sollievo per le famiglie.

La Regione con la delibera del 05.09.2017 n.1438 ha approvato il nuovo schema tipo di accordo contrattuale per i Centri di Servizio per Anziani "accreditati" che erogano prestazioni socio sanitarie. I nuovi accordi richiedono modalità di lavoro integrata e condivisa anche con le UOC Cure Primarie responsabili, in primis, delle attività di coordinamento e controllo sanitario.

La gestione ed il rilascio delle IDR (impegnative di Residenzialità) tramite il RUR (Registro Unico Residenzialità) richiederà l'omogeneizzazione delle procedure precedentemente in essere al fine di eliminare ogni residua differenza nell'accesso all'assistenza da parte dei cittadini.

3.2.3.3. Adeguamento della residenzialità extra-ospedaliera

In merito all'attuazione del Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedie previsto per il biennio 2018-2019 dalla DGRV 1714 del 24/10/2017, l'azienda ULSS 9 nel 2018 deve attivare complessivamente 93 posti letto di Ospedale di Comunità a gestione diretta che impattano sia in termini di investimenti strutturali (adeguamento dell'Ospedale di Bovolone) sia per i costi di gestione previsti. Oltre a questi sono previsti 34 posti letto a gestione "Non ULSS" collocati nella C.C. Pederzoli: 24 posti letto di Ospedale di Comunità e 10 posti letto di Hospice . Sono previste ulteriori 31 attivazioni per l'anno 2019: 7 gestione diretta e 24 gestione non ULSS.

3.2.3.4. Miglioramento dei tassi di copertura vaccinali e dei tassi di adesione agli screening oncologici

Nel triennio 2018-2020 il Dipartimento di Prevenzione è impegnato ad integrare i Piani di Prevenzione Aziendali per sviluppare tutti quei macro obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGRV 749 del 14/05/2015, in applicazione al Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018. Il Dipartimento di Prevenzione dell'azienda ULSS 9 Scaligera nel 2018 dovrà garantire il raggiungimento dei macro obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione secondo le priorità e i tempi indicati per singolo programma così come previsto dal piano stesso.

In particolare dovrà continuare ad investire per migliorare e mantenere i tassi di adesione alle vaccinazioni, i tassi di adesione agli screening oncologici e il consolidamento dei progetti in corso per la promozione della salute.

3.2.3.5. Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare

Proseguiranno anche nel 2018 le attività conseguenti alla contaminazione con PFAS - sostanze Perfluoroalchiliche dei corpi idrici superficiali dei comuni della provincia di Verona (Distretti 2 e 3) confinanti con la provincia di Vicenza. L'Azienda ULSS 9 Scaligera dovrà proseguire e potenziare le attività tese a garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalle DGRV n. 2133 del 23/12/2016 e DGRV 851 del 13/06/2017. In particolare, in applicazione di quest'ultima, l'azienda dovrà garantire in autonomia accertamenti e eventuali interventi di secondo livello del protocollo di screening della popolazione esposta a Pfas con impiego di personale dedicato (3 assistenti sanitarie, un infermiere professionale e un dirigente medico a tempo parziale) e con conseguente aumento dei consumi dei dispositivi medici in vitro.

3.2.3.6. Attivazione Ospedale di Villafranca

Con DGR 353 del 21/3/2018 la Regione Veneto ha aggiornato la programmazione regionale in merito alla rete ospedaliera, in particolare per quanto riguarda gli ospedali di Bussolengo, Villafranca ed Isola della Scala.

Il cronoprogramma per il trasferimento delle attività sanitarie dall'Ospedale di Bussolengo nel nuovo corpo di fabbrica dell'Ospedale Magalini di Villafranca così come previsto dalla programmazione sanitaria regionale (DGR 2122 del 19 novembre 2013) è condizionato dalla necessità di garantire le attività in sostanziale soluzione di continuità oltre che nella piena sicurezza dei pazienti. Pertanto sono oggetto di pianificazione soprattutto le attività collegate al trasferimento di quelle unità operative/servizi con adeguate dotazioni professionali, non compromettendo i servizi essenziali, anche con il supporto di altre strutture ospedaliere provinciali e extra provinciali.

3.2.3.7. Qualità dell'assistenza ospedaliera

L'ULSS 9 presenta un tasso di ospedalizzazione superiore allo standard di 135 ricoveri per mille abitanti, e quindi il governo dell'assistenza ospedaliera rappresenta un fattore cruciale sia sul piano della soddisfazione della domanda che delle compatibilità economiche.

La qualità e completezza dell'assistenza ospedaliera, rappresentano la chiave per ottimizzare la rete di ospedali gestiti dall'ULSS e ridurre gli accessi presso le altre strutture.

L'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali ha già permesso e permetterà sempre più in futuro di implementare percorsi diagnostico terapeutici finalizzati alla completa presa in carico del paziente evitando così, nel rispetto delle reti hub e spoke, il ricorso a strutture ospedaliere extra aziendali o a convenzioni passive (Cardiologia Interventistica e radioterapia per es).

Sarà inoltre possibile garantire standard minimi di volumi ed esiti come azienda Ulss 9 e standard relativi ai tempi di attesa. Questo miglioramento degli standard di qualità nell'ambito dell'assistenza ospedaliera dovrebbe tradursi in una riduzione della mobilità passiva per le specialità presenti e giustificare l'incremento dei costi per farmaci e presidi. Infatti a fronte di un aumento del numero di pazienti trattati l'area oncologica ha registrato già nel 2017 e conferma nel 2018 un incremento dei farmaci oncologici e onco ematologici in parte dovuto ai farmaci innovativi ad alto costo finanziati, probabilmente solo in parte, come fondo sanitario regionale vincolato.

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi ad una selezione degli indicatori di monitoraggio desunti dal Network Sant'Anna, dalla Griglia LEA e da indicatori utilizzati per gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali. Dalla tabella si evince il buon lavoro svolto finora, ma anche le aree di miglioramento.

Tabella 25 - Indicatori Ospedalieri Anno 2017 (Report Indicatori DG - DWH Regionale)

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo
Percentuale parti cesarei primari (Indicatore 18.1 Griglia LEA)	17,43%	< 20%	13,54%	12,97%	16,16%
Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti non a rischio in regime ordinario (Indicatore 16 Griglia LEA)	17,44%	< 21%	13,88%	12,14%	19,57%
% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.4)	4,09%	< 2%	3,60%	2,75%	3,04%
% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	13,77%	< 15%	10,47%	11,36%	1,69%
Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento inferiore od uguale a 2 giorni (Codice Indicatore S.Anna C5.2)	76,47%	> 80%	84,72%	91,57%	42,36%
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (Codice Indicatore S.Anna C4.1.1)	15,71%	< 20%	15,59%	11,34%	25,49%
Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale (Codice Indicatore S.Anna D9)	2,37%	< 1%	3,98%	2,74%	0,98%
Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione (Indicatore S.Anna C16.7)	54,23%	> 75%	64,50%	70,05%	48,94%
Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti (Indicatore S.Anna C16.1)	81,75%	> 90%	78,11%	79,88%	78,19%
Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero (Indicatore S.Anna D18)	0,65%	< 0,35%	0,43%	1,11%	1,34%
Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	20,92%	< 20%	8,73%	13,60%	
% Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg)	1,24%	< 5%	0,52%	0,65%	1,17%
Tasso di occupazione p.l.(ricoveri ordinari) PUBBLICO	80,73		77,51	82,32	80,71

3.2.3.1. Tempi di permanenza in Pronto Soccorso

Lo standard regionale di permanenza in PS è di 4 ore (240 minuti come da DGR 1513/2014) per almeno il 90% degli accessi (90° percentile < 240 minuti). La situazione nei differenti pronto soccorso della ULSS 9 Scaligera è disomogenea, ma nella maggior parte dei casi evidenzia tempistiche più alte.

Anche in questo caso va data continuità alle misure già adottate per la riduzione dei tempi d'attesa, proseguendo nel percorso di miglioramento che ha già portato la media aziendale ad avvicinarsi al rispetto dello standard.

Tabella 26 - Indicatori Pronto Soccorso Anno 2017 (Report Indicatori DG - DWH Regionale)

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo
90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	04:42:00	< 4:00:00	05:47:00	04:04:00	03:53:00
Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale (Codice Indicatore S.Anna D9)	2,37%	< 1%	3,98%	2,74%	0,98%
Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione (Indicatore Sant'anna C16.7)	54,23%	> 75%	64,50%	70,05%	48,94%
Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti (Indicatore Sant'anna C16.1)	81,75%	> 90%	78,11%	79,88%	78,19%

3.2.3.2. Liste di attesa

La pianificazione aziendale da tempo dedica particolare attenzione alla problematica dell'accesso alle prestazioni da parte dell'assistito in termini di tempo di attesa tra la prescrizione e l'erogazione. Infatti la Regione Veneto, nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, già con DGR 3140/2010 successivamente integrata con DGR 2369/2011, ha provveduto a definire le percentuali di prestazioni ambulatoriali da erogarsi entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità. Nel recepire il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa la Regione, con la DGR 863/2011, ha confermato l'impostazione metodologica che affronta la problematica sui tre fronti: l'informazione, la domanda e l'offerta di prestazioni.

La DGR n. 320 del 12/03/2013 ha voluto rafforzare le indicazioni principali della normativa nazionale e regionale già esistente, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa assegnando al Direttore Generale la responsabilità dell'attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa che descrive il sistema di governo aziendale. Anche per il 2017 la DGRV 246/2017 ha riportato obiettivi di contenimento dei tempi di attesa e di attuazione del Piano Aziendale.

La rilevanza del rispetto degli standard dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali trova ulteriore conferma nel Progetto di legge n. 194 relativo a "Collegato alla L.R. 30/2017 di Stabilità regionale" all'art. 38 "Interventi per il governo delle liste d'attesa".

La Regione Veneto dispone che le Aziende ULSS e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, debbano rispettare i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie nei confronti dei propri assistiti. Al comma 4 dell'art. 38 della predetta norma la Regione prevede che l'Azienda debba:

- garantire appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- assegnare una classe di priorità così come previsto dall'impegnativa del SSN (Urgente, Breve, Differita, Programmabile) e garantire ad ogni classe una diversa tempistica di erogazione. Tale tempistica è confermata per le classi U e B, mentre per la classe D passa per tutte le prestazioni da 60 a 30 giorni dalla prenotazione e per la Classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo prescrizione del medico rispetto ai 180 giorni previsti nel 2016;
- erogare il 90% delle prestazioni entro i tempi massimi previsti per ogni classe di priorità e deve garantire un'erogazione del restante 10% entro i successivi 10 giorni per la classe B e i successivi 30 giorni per le classi D e P;
- individuare modalità di accesso e/o di presa in carico per ulteriori accertamenti o visite di controllo;
- definire modalità di gestione della pianificazione dell'offerta anche in relazione all'analisi della domanda;
- garantire la possibilità di teleconsulto tra i medici prescrittori e i medici eroganti;

- facilitare l'accesso dell'utente sia alla direzione generale sia ad un numero verde regionale per segnalare eventuali criticità;
- garantire standard operativi e di integrazione dei centri di prenotazione;
- pianificare l'apertura e il funzionamento delle strutture fino alle ore 23 per almeno 3 giorni alla settimana e dalle 8 alle 12 la domenica e i giorni festivi;
- assegnare una classe di priorità garantendo una diversa tempistica per gli interventi chirurgici: quattro classi di priorità previste (A 30 gg, B 60 gg, C 90 gg, D 180 gg);
- garantire agli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna l'inserimento nella classe di priorità A (30 gg di tempo di attesa) anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

3.2.3.1. Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L'azienda registra nelle proprie stime per il 2017 il superamento di alcuni limiti di costo fissati per l'acquisto (diretto o in convenzione) di beni sanitari tra cui farmaceutica convenzionata, farmaci ad acquisto diretto, assistenza integrativa e assistenza protesica. Rispetto a questa criticità dovranno essere adottate ulteriori misure organizzative e gestionali tese a razionalizzare i consumi, in particolare migliorare gli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata pro-capite e sulla spesa farmaceutica ospedaliera ancora incoerenti con gli standard regionali.

La continuità di azione è fondamentale nella ricerca del rispetto dei vincoli regionali, definiti per l'anno 2018, emanati con DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n.8 del 21/1/2018 "Determinazioni dei limiti di costo per beni sanitari- anno 2018- delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS e delle strutture private accreditate".

3.2.3.1. Flussi Informativi

Il numero e la complessità dei flussi informativi che l'azienda produce ed invia in ragione del debito informativo previsto dalla normativa è in continua crescita.

Gli standard di qualità e tempestività minimi richiesti si stanno via via irrigidendo, e richiedono puntuali interventi (ad esempio la recente richiesta di riconciliazione dei flussi relativi ai farmaci con le evidenze raccolte dal ministero presso i Produttori). Su questo è chiara sia la politica regionale che nazionale.

La situazione risulta particolarmente delicata in quanto in attesa che la riorganizzazione regionale produca i suoi effetti di centralizzazione e vi sia la piena disponibilità dei servizi di Azienda Zero in ambito informatico, non è al momento possibile impiegare risorse adeguata agli investimenti necessari all'integrazione dei sistemi informativi delle precedenti exULSS oggi fuse nella Scaligera.

Questa situazione richiede quindi di dare risposte organizzative laddove le procedure informatiche non permettono automaticamente ed efficientemente la produzione dei flussi richiesti.

3.2.3.2. Piano di razionalizzazione della Spesa 2017-2019

Come da indicazioni regionali (DGR 1969/2016 e nota prot. 529222 del 29/12/2016), l'ULSS 9 Scaligera ha provveduto a stendere apposito piano di razionalizzazione della Spesa ai sensi dell'art. 16, commi 4 e 5 della D.L.98/2011 con possibilità di utilizzare il 50% dei risparmi per misure di incentivazione del personale.

Con DDG n. 209 del 29/3/2018 l'Azienda ha aggiornato il Piano di Razionalizzazione per il triennio 2018-2020

Il Piano prevede 6 interventi:

- Riduzione del costo, a seguito di internalizzazione e riorganizzazione di processo interno relativo all'appalto di servizio di data entry dei servizi veterinari;
- Riduzione del costo per mensa a seguito modifica profili orari da parte del personale dipendente;
- Riduzione del costo di canoni di locazione immobili;
- Riduzione del costo per convenzioni;
- Riduzione del costo di acquisizione di beni e servizi;
- Riduzione del costo per il Patto Aziendale del Servizio di Continuità Assistenziale.

La verifica della regolare esecuzione ed efficacia di quanto pianificato deve essere cura dei servizi coinvolti al fine di generare i risparmi previsti. Gli interventi previsti sono parte integrante della scheda budget dei servizi coinvolti.

La certificazione dell'effettiva realizzazione dei risparmi spetta ai revisori dei conti.

3.2.4. Prospetto di declinazione degli obiettivi a livello di Direzione Strategica e di Unità operativa

Si riporta un prospetto di sintesi degli obiettivi, indicatori e target per la misurazione della performance. Laddove disponibile si riporta performance stimata nel 2017 e se rilevante ai fini della definizione delle successive fasi di programmazione annuale e del ciclo di budget, anche l'analisi per distretto.

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
A - Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari										
Rispetto del vincolo di bilancio			- 53 mln (IV CECT)			Equilibrio (BEP - 71 mln)				UOC Contabilità e Bilancio
A.1 - Efficienza dei servizi sanitari	A.1.1 - Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Variazione costo produzione ≤ 0				≤0	≤0	≤0	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/ Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Contabilità e Bilancio, UOC Controllo di Gestione
	A.1.2 - Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	Soglia personalizzata per singola azienda	-3,27	-0,1 0,4	2,22	≤0	≤0	≤0		UOC Contabilità e Bilancio
A.2 - Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	A.2.1 - Rispetto del tetto di costo: Personale	Tetti Regionali	€ 268.387.860			€ 269.329.000				UOC Gestione Risorse Umane
A.3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	A.3.1 - - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti - Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H, Registri AIFA: rispetto della compilazione e recupero dei rimborsi MEA, Rispetto del tetto di costo: DM, Rispetto del tetto di costo: IVD, Rispetto delle disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva									
	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H Canale A		I semestre 120,8 classe A 40,5 classe H 50,8 canale A 29,5			102 €			Direzione sanitaria	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti Diretti (al netto dell'Epatite C** e dei farmaci oncologici innovativi***)	Rispetto dei tetti assegnati	€61.806.530 (di cui € 773.167 di farmaci innovativi)			€39.909.410*			Direzione sanitaria	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere/Direzioni Mediche Ospedaliere
* al netto della DPC accentrata dal 1/1/2018 nella ULSS 3 Serenissima per 20,4mln ** Farmaci Innovativi 2.340.000 (di cui 337.500 per Sacro Cuore Negrar) *** Oncologici innovativi 1.140.732 (di cui Sacro cuore 144.000 e CC Pederzoli 336.000)										

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	Registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali					SI			Direzione sanitaria	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
	-Rispetto del tetto di costo: DM			€ 27.299.740		€ 26.808.912			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Provveditorato/ UU.OO.CC. Farmacie Osp./UOC CdG
	-Rispetto del tetto di costo: IVD			€ 7.847.404		€ 7.704.005			Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOC Provveditorato/ UU.OO.CC. Farmacie Osp./UOC CdG
	Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici		Non rispettati tutti gli standard		Miglioramento			Direzione Sanitaria	UOC Farmacia Territoriale/Direzione Funzione Territoriale/Distretti/DMO
A.3.2 - - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata - Rispetto delle disposizioni regionali in merito alla appropriatezza prescrittiva, Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Integrativa, Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protetica										
	-Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica convenzionata	Rispetto dei tetti assegnati	€102.813.026 (110€ procapite) Soglia 54,8mln Precon €55,0mln Soglia 17,1mln Precon €17,0mln Soglia 31,2mln Precon €31,6mln			€97.235.729 (108€ procapite)			Direzione Sanitaria	Direzione Funzione Territoriale/UOC Farmacia Territoriale/Distretti
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa		€ 9.983.488,00 Soglia 5,9mln Precon €5,86mln Soglia 1,4mln Precon €1,60mln Soglia 3,1mln Precon €3,06mln			16€ procapite (nel 2017 €9.716.436)			Direzione Sanitaria	Direzione Funzione Territoriale/UOC Farmacia Territoriale/Distretti

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	-Rispetto del tetto di costo: Assistenza protesica Protesica maggiore	Procapite	€ 11,21			9,5 (nel 2017 9,8)			Direzione Sanitaria/ Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Direzione Funzione Territoriale/Distretti/UOC Direzione Amministrativa Territoriale/UOS Ass. Protesica
B - Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali										
<i>B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso</i>	B.1.1 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	18 minuti	00:17:00			≤18 minuti			Direzione Sanitaria	UOC Pronto Soccorso/Direzioni Mediche Ospedaliere/DFT/Distretti
	B.1.2 - Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	90° percentile sotto le 4 ore	278			90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)				
<i>B.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici</i>	B.2.1 - Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe A, Classe B, Classe C, Classe D	Rispetto Programmazione e ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni	Rispettato programma richiesto dalla regione			Rispetto degli standard ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni			Direzione Sanitaria	UU.OO.CC. ospedaliere/ Direzioni Medica Ospedaliere
<i>B.3 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	B.3.1 - Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe Breve Attesa (B) , Classe Differita (D), Classe Programmabile (P)	Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici	Raggiungimento Parziale			Rispetto degli standard ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni			Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOS Att. Specialistica/ Direzioni Mediche Ospedaliere
<i>B.4 - Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale</i>	B.4.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dall'analisi della domanda per branca	Migliorati i tassi di consumo oggetto di obiettivo e tasso generale	Migliorament o						Direzione Sanitaria	
C - Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza										
<i>C.1 - Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione</i>	C.1.1 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della Griglia LEA	Tutte ≥ 95%	91,70%			Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Direzione Sanitaria	UOC Serv. igiene e sanità pubblica

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	2016)									
	C.1.2 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)	≥ 95%	89,15%			Tutte ≥95%	Tutte ≥95%	Tutte ≥95%		
	C.1.3 - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)	≥ 75%	n.d.	n.d.	n.d.	≥75%	≥75%	≥75%		
	C.1.4 - Adesione "corretta" per screening mammografico	≥ 80%	71,52%			≥80%	≥80%	≥80%	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute/UOC Radiologia	
	C.1.5 - Adesione "corretta" per screening citologico	≥ 60%	50,20%			≥60%	≥60%	≥60%	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute/UOC IAF/UOC Ostetricia e Ginecologia	
	C.1.6 - Adesione "corretta" per colon-retto	≥ 65%	59,08%			≥65%	≥65%	≥65%	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute/UOC Gastro	
C.2 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità con riferimento alle Cure Primarie	C.2.1 - Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS: - Rispetto orario sett.le MMG/PLS (ACN/AIR); - Corretto aggiornamento e caricamento dei dati di tutte le F.A dei MMG/PLS.	Rispetto Programmazione e Regionale							Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa	

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	C.2.2 - Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2017: - Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata; - Diminuzione (o mantenimento rispetto all'anno precedente) del numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato esclusa la diagnostica di laboratorio).							Direzione Sanitaria	Direzione Funzione Territoriale/Distretti/UU.OO.CC. Cure Primarie	
	C.2.3 - Indice IVAQ (Indice di Valutazione di Accuratezza e Qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei medici di medicina generale): - Corretto invio trimestrale dei valori dell'IVAQ conseguita tutti i MMG; - Raggiungimento soglia annuale per le MGI con almeno un anno di attivazione al 31/12/2017 (valore soglia nel primo anno di almeno 0.50, da migliorare progressivamente per raggiungere almeno lo 0,65)							Direzione Sanitaria	Direzione Funzione Territoriale/UOC Direzione Amministrativa Territoriale/Distretti/UU.OO.CC. Cure Primarie	
	C.2.4 - Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI (Indicatore 8 Griglia LEA)	se ≥ 3,5% mantenimento rispetto al 2017, se <3,5% aumento del 10% rispetto al 2017	3,21%	4,09%	3,99%	≥3,5%		Direzione Sanitaria/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie	

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	C.2.5 - Tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	Tasso standardizzato \geq alla mediana dei tassi 2017 delle regioni italiane (fonte Ministero)	3,19	3,34 2,25	4,14	Standard nazionale (per il 2017 $>1,64$)	Standard nazionale	Standard nazionale	Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie
	C.2.6 - Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	$\geq 15\%$	11%	13% 14%	15%	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie
	C.2.7 - Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie)	$\geq 15\%$	14%	17% 19%	22%	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	$\geq 15\%$	Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie
	C.2.8 - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).	$\geq 45\%$ (riconoscimento di un punteggio parziale se $\geq 35\%$)	45%	37% 29%	27%	$\geq 45\%$			Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative
	C.2.9 - Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT).	$\geq 5\%$ (riconoscimento di un punteggio parziale se $\geq 2,5\%$)	il dato 2017 è in forte crescita rispetto al 2016 (anche in ragione dell'introduzione di maggiori controlli sui flussi)			$\geq 5\%$			Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative
	C.2.10 - Numero di malati oncologici deceduti in ospedale sul numero di deceduti per malattia oncologica. (dati ISTAT).	$\leq 20\%$ o se maggiore riduzione del 5% rispetto al 2017							Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
	C.2.11 - Variazione percentuale rispetto all'anno precedente del rapporto tra numero annuo di giornate effettive di assistenza (GeA) del medico palliativista erogate a domicilio ai malati deceduti a domicilio a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore (fonte ISTAT).	≥ 5% (riconoscimento di un punteggio parziale se ≥ 2,5%)	il dato 2017 è in forte crescita rispetto al 2016 (anche in ragione dell'introduzione di maggiori controlli sui flussi)			≥ 5%			Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative
	C.2.12 - Numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (dalla Rete cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica.	≤ 25% (riconoscimento di un punteggio parziale se ≤ 35%)	27%	26%	21%	≤ 25%			Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative
	C.2.13 - Diminuzione del numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	<1% rispetto all'anno precedente							Direzione Sanitaria	DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie/UOC Cure Palliative
	C.2.14 - Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	Ispezione del Coordinamento Regionale dei Controlli							Direzione Sanitaria	Direzione della Funzione Territoriale/Distretti/COT
	C.2.15 - Calcolo degli indicatori per il monitoraggio dei PDTA come previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia Ministeriale	Sì							Direzione Sanitaria	Direzione della Funzione Territoriale
C.3 - Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano	C.3.1 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli	Rispetto degli standard o miglioramento	79% indicatori soddisfacenti o in miglioramento			Migliorament o criticità			Direzione Sanitaria	Tutte le UU.OO.CC. coinvolte / Direzioni Mediche Ospedaliere/Direzione della

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
<i>Nazionale Esiti (PNE)</i>	indicatori considerati nella metodologia di valutazione Treemap	degli indicatori critici	79%	79%	80%				Funzione Territoriale/Direzione della Funzione Ospedaliera	
<i>C.4 - Sviluppo del modello di gestione della cronicità e della multimorbilità</i>	C.4.1 - Utilizzo di sistemi di classificazione della multimorbilità (case-mix) e di gestione della cronicità complessa e avanzata nella popolazione	Si				SI			Direzione dei Servizi Socio Sanitari/Direzione Sanitaria UOC CdG/DFT/Distretti/COT/UU.OO.CC. Cure Primarie	
<i>C.6 - Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA</i>	C.6.1 - Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della Verifica degli adempimenti LEA 2016 e 2017 ed agli oneri previsti dal Questionario LEA 2018	Si							Direzione Sanitaria / Direzione dei Servizi Socio Sanitari/ Direzione Amministrativa Tutte le UU.OO.CC. coinvolte	
E - Mobilità extraregionale										
	E.1.1 - Miglioramento del valore del saldo di mobilità extraregionale per assistenza ospedaliera	Soglia Personalizzata per singola Azienda							Direzione Sanitaria	Tutte le UU.OO.CC. coinvolte
Flussi Informativi										
	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario								Direzione Amministrativa	UOC Controllo di Gestione/UOS Sistemi Informativi/Tutte le UU.OO.CC. Coinvolte
Riorganizzazione										
	Adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali		Rispetto delle richieste regionali			Rispetto delle richieste regionali			Direzione Sanitaria / Direzione dei Servizi Socio Sanitari/ Direzione Amministrativa	Tutte le UU.OO.CC. coinvolte
Altri Adempimenti richiesti										

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			2017	2018	2019	2020				
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4					
	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" ai sensi del comma 3 ter dell'Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010								Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Tutte le UU.OO.CC.
	Obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino								Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Tutte le UU.OO.CC.
(Aziendale) Prevenzione della Corruzione e Trasparenza										
<i>Sviluppo del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza</i>	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (L..190/2012) secondo le tempistiche definite dal PTPC	Attuazione delle attività Percorso Prevenzione della Corruzione				SI	SI	SI	Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Ufficio Trasp e Anticorruzione/Tutte le UU.OO.CC.
	Attuare le attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità	Attuazione delle attività del programma triennale per la Trasparenza ed integrità				SI	SI	SI	Direzione Sanitaria/Direzione Amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Ufficio Trasp e Anticorruzione/Tutte le UU.OO.CC.
(Aziendale) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR										
Percorso Attuativo di Certificabilità di Bilancio secondo DGR n.183 del 01/07/2015	Piano attuativo di certificabilità – requisiti comuni (allegato A DGR n. 183/2015)	Attuazione del piano secondo cronoprogramma regionale				SI	SI	SI	.Direzione Amministrativa	UOC Contabilità e Bilancio/UOC Internal Auditing
(Aziendale) Clima organizzativo interno										
<i>Indagine di clima organizzativo interno</i>	Ripetizione dell'indagine con cadenza biennale					n.a.	da effettuare		Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	SPP/ Direzione Professioni Sanitarie
(Aziendale) Obiettivi di Qualità										

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
<i>Autorizzazione e Accreditamento istituzionale aziendale e volontario di eccellenza per singole unità operative</i>	Mantenimento dell'autorizzazione/accreditamento istituzionale aziendale	Autorizzazione/accreditamento aziendale istituzionale				SI	SI	SI	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Tutte le strutture/ UU.OO accreditate
	Formazione valutatori nuovi requisiti recepiti con DGR 2266 del 30.12.2016								Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UU.OO già accreditate
<i>Implementazione e aggiornamento procedure e istruzioni operative del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL)</i>	Coordinamento e integrazione con il Sistema di Gestione rischio clinico	Audit SGSL interni				SI	SI	SI	Direzione Sanitaria	SPP/DMO/UOS Risk Management
	Mantenimento dei requisiti per riduzione premio INAIL	Autovalutazioni delle UO, audit interni, audit esterno				SI	SI	SI	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Servizio Prevenzione e Protezione
<i>Governo clinico con implementazione e monitoraggio di indicatori di processo assistenziale e di esito</i>	Implementazione e monitoraggio di un panel di indicatori	indicatori Piano Nazionale Esiti				SI	SI	SI	Direzione Sanitaria	UU.OO. coinvolte/ UOC CdG
<i>Umanizzazione delle cure</i>	Realizzazione interventi tesi all'umanizzazione del rapporto con pazienti e familiari da parte del personale	Interventi/Attività				SI	SI	SI	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UU.OO. coinvolte/UOS URP Comunicazione e Marketing
<i>Aspetti organizzativi e relazionali nei rapporti con gli utenti</i>	Monitoraggio e riduzione delle segnalazioni URP relative a problematiche/ aspetti relazionali	Numero di segnalazioni URP per problematiche relazionali con gli utenti per UO/Servizio				< anno precedente	< anno precedente	< anno precedente	Direzione sanitaria/Direzione amministrativa/Direzione dei Servizi Socio Sanitari	UOS URP Comunicazione e Marketing, UU.OO. coinvolte

OBIETTIVI (REGIONALI)	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	ULSS 9 2017			TARGET			DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UNITÀ OPERATIVE DI RIFERIMENTO
			Distretti 1 e 2	Distrett o 3	Distrett o 4	2018	2019	2020		
(Aziendale) Risk Management										
<i>Gestione del rischio clinico</i>	Audit eventi avversi e Near-miss segnalati (escluso cadute)	% di audit sul totale delle segnalazioni				80%	80%		Direzione Sanitaria	Direzioni Mediche Ospedaliere/DFT/Distretti/Dipartimento di Prevenzione/SPP

4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

4.1. Misurazione e valutazione della performance

i. i riferimenti normativi

Ai sensi dell'art.1, del D. Lgs. 150/2009 per le strutture del Servizio Sanitario è previsto l'adeguamento ai principi di cui all'art. 3 (principi su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art.5, c.2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15, c. 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità), del decreto stesso.

È inoltre previsto, all'art. 31, l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 17, c. 2 (sistema premiante senza nuovi oneri), art. 18 (selettività nei premi, esclusione automatismi), art. 23, c. 1 e 2 (selettività delle progressioni economiche), art. 24, c. 1 e 2 (concorsualità nelle progressioni di carriera), art. 25 (attribuzione di incarichi e responsabilità per favorire la crescita professionale e la responsabilizzazione), art. 26 (percorsi di alta formazione e periodi di lavoro in primarie istituzioni nazionali ed internazionali), art. 27, c. 1 (destinazione a incentivo di quota parte dei risparmi sui costi di funzionamento).

Altre norme di riferimento sono:

- D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- D.Lgs. 229/99 di riforma ter recante: Norma per la razionalizzazione del SSN;
- D.Lgs. 286/99 riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio;
- Personale Comparto: art. 47 CCNL 01/09/1995, art. 35, comma 3, CCNL 07/04/1999, art. 5 CCNL 31/07/2009;
- Personale Aree Dirigenziali: art. 25 – 32 dei CCCCNL 03/11/2005, artt. 6, 11, 12 e 13 del CCNL Area Dirigenza SPTA del 17/10/2008;
- L.R. 55/1994, "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 56/1994, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502..."
- L.R. 23/2012 contenente Norma in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione piano socio-sanitario regionale 2012-2016.
- D.G.R. 2205/2012, contenente le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e la valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 150/2009 sostituita con la successiva D.G.R. n. 140/2016, di approvazione delle nuove linee guida;
- D.G.R. n. 1969 del 06/12/2016 ad oggetto "Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n.98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111" con la quale la Regione Veneto ha deliberato di "garantire" che i contratti integrativi, gli accordi e regolamenti oggetto di relazioni sindacali delle Aziende ULSS soppresse e incorporanti mantengano la loro efficacia indicativamente sino al 30 giugno e comunque non oltre il 30 settembre 2017, in attesa della stipula dei nuovi contratti integrativi e accordi aziendali.

ii. il sistema di misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

Obiettivo

L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale

nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.

Indicatore

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

L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

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

Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.

Infrastruttura di supporto

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

È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.

Processo

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono:

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

Gli strumenti di programmazione e valutazione

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:

1. il Piano triennale delle Performance;
2. Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
3. Metodologia aziendale del processo di budget;
4. sistema di misurazione e valutazione individuale;
5. la Relazione annuale sulla Performance.

Pubblicità

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti:

- a) il Piano della performance – Documento delle Direttive;
- b) la Relazione sulla performance;
- c) tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti;
- d) l'analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

4.2. Metodologia aziendale applicata

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget. La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, lo scopo prioritario della misurazione e valutazione della performance individuale deve essere tesa a:

- supportare le singole persone nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, attraverso il riconoscimento del merito;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi dell'azienda nel suo insieme e della struttura organizzativa di appartenenza;
- contribuire a creare e mantenere un clima organizzativo favorevole volto alla realizzazione della missione aziendale.

Il Nuovo atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti di tali articolazioni aziendali che sono quindi chiamati a concorrere direttamente alla realizzazione del budget della struttura fondamentale.

L' "attività di budgeting", attraverso un percorso di negoziazione, comporta l'individuazione degli obiettivi per le diverse articolazioni aziendali (struttura/dipartimento/unità operativa), che rappresentano la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto, al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati e dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati.

Di particolare rilievo, alla luce delle determinazioni del nuovo Atto Aziendale, è la ridefinizione dei contenuti e dei processi di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi delle strutture aziendali, in particolare per quanto riguarda:

- l'istituzione di nuove unità operative quali le Direzioni Amministrative Dipartimento di Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliera,
- la revisione dei ruoli dell'UOC Professioni Sanitarie e dei dipartimenti,
- la presenza di strutture inedite quali "uffici" ed "articolazioni funzionali",
- nonché le numerose dipendenze funzionali previste, in particolar modo in ambito distrettuale.

Quanto evidenziato richiede di riscrivere una parte delle consolidate procedure di gestione del budget ed, in modo puntuale, definire i rapporti organizzativi che legano i diversi livelli gerarchici alla realizzazione degli obiettivi negoziati dal singolo responsabile nella propria scheda di budget.

i. Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che attraverso il Piano delle performance triennale:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori, nonché la definizione degli indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi;
- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

Il documento che emerge dalla fase di programmazione, adottato contestualmente, e che costituisce il momento di avvio del processo di budget è il Documento delle Direttive. Il documento di direttive dovrà essere inviato a tutti i direttori di Struttura al fine di darne la massima diffusione.

ii. Formulazione del Budget

Il Documento delle Direttive viene inviato a tutti i Responsabili di Struttura come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget, che saranno formalizzati in una scheda dove saranno esplicitati gli obiettivi collegati agli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale.

La contrattazione riguarderà Direttori di UOC e di UOSD, nonché direttori medici di presidio e di distretto e avverrà tra il Direttore di area, il Direttore di Dipartimento o di Funzione e il Direttore della struttura, alla presenza dell'eventuale

Direttore di Dipartimento Funzionale. Ciascun responsabile sarà coadiuvato da propri collaboratori professionali. Gli obiettivi assegnati alle UOS saranno inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono. Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

La fase di negoziazione si conclude con un atto deliberativo complessivo, inviato ai dipartimenti e alle Strutture Operative. È compito del Controllo di gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Gli accordi saranno sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che verrà sottoscritta congiuntamente dal Direttore di area, il Direttore di articolazione aziendale Dipartimento o di Funzione e il Direttore della struttura.

Tutte le fasi sopra descritte prevedono l'utilizzo e la compilazione della scheda di Budget che riporta:

- gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive: devono essere evidenziati anche quelli collegati ad erogazione di risorse aggiuntive;
- azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- il peso dei singoli obiettivi che identifica se un obiettivo è specifico del personale dirigente o del personale del comparto;

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);
- fondo per la formazione;
- budget dei consumi di materiale sanitario ed economico;
- attrezzature sanitarie definite nel piano investimenti;
- eventuali risorse aggiuntive.

I responsabili delle strutture con assegnazione di budget, coadiuvati dai dirigenti delle strutture ad esse afferenti si impegnano a:

- comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- formalizzare gli obiettivi attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione siano debitamente sottoscritte dai valutati.

iii. Svolgimento e misurazione dell'attività

Verrà effettuata una verifica semestrale con incontro formalizzato, per analizzare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi contenuti nelle schede di Budget con indicatori non numerici che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, saranno oggetto di specifiche richieste di relazioni sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso sarà cura dell'U.O.C. Controllo di Gestione organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

Alla fine del primo semestre il valutatore effettua un controllo delle attività per verificare l'andamento della performance attraverso il monitoraggio dei risultati raggiunti, finalizzato ad apportare eventuali correzioni per il raggiungimento degli obiettivi di gruppo e individuali.

iv. reporting e valutazione

I report espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda, e sono definiti nei contenuti e nella forma in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, responsabili di Struttura, Direzione di articolazione.

A consuntivo l'U.O.C. Controllo di Gestione predispone le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto.

Al momento di stesura del presente Piano, risulta sottoscritto l'accordo per l'Area del Comparto, mentre è ancora in fase di trattativa sindacale l'accordo con le due aree dirigenziali che si prevede di concludere entro il primo trimestre 2018.

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione verrà definita all'interno dei contratti collettivi integrativi aziendali di ciascuna Area dirigenziale.

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

La valutazione individuale finale, effettuata, entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procederà alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

La valutazione si chiude con l'accettazione o la presa visione della scheda di valutazione da parte del valutato.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'OIV.

L'OIV deve essere informato riguardo le eventuali contestazioni pervenute da parte del personale relativamente alla valutazione individuale effettuata.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione. “

Ai sensi dell'art. 31 del D.lgs. n. 150/2009, l'Azienda attribuisce una quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla performance individuale, al personale dipendente e dirigente che si colloca nella fascia di merito alta, stabilendo che le fasce di merito siano non inferiori a tre. Ad ogni elemento di valutazione è assegnato un giudizio che corrisponde ad uno specifico punteggio.

Si riporta di seguito quanto già definito con riferimento all'area del Comparto.

Area personale del Comparto

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item previsti.

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	Non del tutto positivo	Sufficiente	Buono	Eccellente
	5	6	8	10

La valutazione per il personale del Comparto assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate al risultato della valutazione.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

Punteggio	Quota erogata
< a 35	0,00%
Da 36 a 40	60,00%
Da 41 a 45	80,00%
Da 46 a 70	100,00%

Il presente documento sarà successivamente completato a seguito della sottoscrizione di tutti gli accordi della dirigenza.

4.3. Timing del processo

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2018)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2018)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2018)	febbraio
Negoziare Budget (anno 2018)	aprile-giugno
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2018)	giugno
Predisposizione schede di valutazione (anno 2017)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2017)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2017)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2017)	giugno
Monitoraggio intermedio obiettivi individuali (anno 2018)	luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2017)	entro il 15 settembre
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2017)	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV

5. CONCLUSIONI

Si sono presentati in questo documento:

- Il quadro di riferimento, ovvero il contesto, le dimensioni aziendali e la normativa di riferimento, sottolineando la fase di ridefinizione dell'organizzazione aziendale, delle responsabilità e degli strumenti aziendali e accordi contrattuali decentrati (l'Azienda adeguerà il sistema di valutazione per l'area dirigenziale a seguito della sottoscrizione degli accordi decentrati con la dirigenza);
- Le linee programmatiche come derivate dalla programmazione regionale e dalle strategie aziendali ed il Documento delle Direttive che focalizza i principali obiettivi strategici per l'anno 2018 partendo dalle aree di miglioramento rispetto ai risultati 2017
- Gli obiettivi, gli indicatori ed i target per descrivere e misurare la performance aziendale
- Il processo impiegato nell'ULSS 9 per la gestione della Performance