REGIONE DEL VENETO

ULSS3 SERENISSIMA

ULSS 3 SERENISSIMA

PIANO DELLA PERFORMANCE 2020/2022

E

DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE PER GLI OBIETTIVI DI BUDGET 2020

31 gennaio 2020

Sommario

1 Introduzione....2
2 Il quadro di riferimento....3
2.1 Chi siamo....3
2.2 Valori e missione....3
2.3 L'azienda in cifre....4
2.3.1 Il territorio e la popolazione....4
2.3.2 Struttura aziendale....8
2.3.3 L'assistenza ospedaliera....10
2.3.4 L'assistenza specialistica....11
2.3.5 L'assistenza distrettuale....11
2.3.6 L'assistenza primaria....13
2.3.7 Il Dipartimento di Prevenzione....14
2.3.8 Il personale....15
2.4 La normativa di riferimento....16
3 Ciclo di gestione delle performance....18
3.1 Misurazione e valutazione delle performance....18
3.2 Metodologia Aziendale applicata....20
3.2.1 Pianificazione/Programmazione....20
3.2.2 Formulazione del Budget....23
3.2.3 Monitoraggio degli obiettivi....24
3.2.4 Valutazione dei risultati ottenuti....25
3.3 Timing del Processo....26
4 Le linee programmatiche e gli obiettivi....29
4.1 I principi fondamentali programmatori....29
4.2 Obiettivi, Piano Performance e Documento delle Direttive....30

1 Introduzione

Il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i. e dalla DGR 140 del 16/02/2016, è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi e di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009, successivamente modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 74/2017, e la DGRV 140/2016 con il suo allegato "Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento ed alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", definiscono la nuova disciplina in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

La Performance è il contributo che un'Azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che si è posta ed alla soddisfazione dei bisogni socio-sanitari espressi dalla popolazione.

L'elaborazione del Piano della Performance, in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Regione del Veneto con la DGRV n. 140 del 16 febbraio 2016, dà avvio al Ciclo di gestione della performance.

Il Piano della Performance si configura, pertanto, come primo documento di indirizzo aziendale per ciò che concerne la programmazione di medio periodo e descrive, con sviluppo triennale, i principali obiettivi strategici aziendali, in coerenza con i contenuti della programmazione regionale e costituisce la base dalla quale il Documento di Direttive prende riferimento.

All'interno del Piano sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici ed obiettivi operativi aziendali con i relativi indicatori e target di riferimento avendo un focus particolare sull'anno 2020. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e per la definizione degli obiettivi specifici da riportare nella scheda di budget delle Unità Operative.

Attraverso il Piano è possibile definire e misurare la performance aziendale consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale e pongono in essere percorsi di miglioramento continuo. La valutazione si riferisce all'amministrazione nel suo complesso, alle unità operative ed ai singoli dipendenti.

Nella definizione della programmazione per il triennio 2020-2022 si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di efficiente utilizzo delle risorse nonché dell'esigenza di un miglioramento dei servizi, territoriali e ospedalieri, per far fronte all'evoluzione demografica ed epidemiologica.

Il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza.

2 Il quadro di riferimento

2.1 Chi siamo

L'Ulss 3 Serenissima, ente strumentale della Regione del Veneto, provvede all'attuazione, nell'ambito territoriale di riferimento, del principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del Servizio Sanitario Nazionale.

2.2 Valori e missione

L'Azienda garantisce i livelli essenziali di assistenza ed opera come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Nel perseguire questo scopo, l'Ulss 3 Serenissima si prefigge i seguenti valori:

- il riconoscimento della centralità della persona in ogni processo socio-sanitario, considerata nell'inscindibilità dei suoi aspetti;
- la collaborazione tra gli operatori e con le altre istituzioni che concorrono alla salute della comunità, a garanzia dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza;
- il comportamento etico, che deve informare l'attività di tutti gli attori che operano nell'Azienda o con l'Azienda;
- lo spirito di servizio;
- l'orientamento alla qualità, al miglioramento continuo e alla crescita personale;
- la legalità;
- la trasparenza;
- la buona amministrazione.

La centralità della persona nell'organizzazione dei processi di cura, l'umanizzazione dell'assistenza e l'attenzione ai diritti della persona sono i principi imprescindibili alla base delle azioni dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

L'Azienda s'impegna dunque ad organizzare l'attività dei servizi garantendo la presa in carico degli utenti e la continuità dei percorsi assistenziali, sulla base di criteri di integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale. In particolare, l'Azienda si adopera affinché il personale sia posto nelle condizioni di assistere le persone che ne hanno necessità, considerandone unitariamente tutti i bisogni (approccio olistico), garantendo altresì il rispetto degli standard prestazionali più elevati mediante l'impiego delle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza ed efficacia.

Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti dall'Azienda ha il diritto di essere assistito con continuità ed attenzione, mediante prestazioni di elevato livello qualitativo, e con approccio sempre rispettoso della dignità umana.

L'Azienda si impegna ad erogare i servizi nel costante rispetto dei seguenti principi:

- Eguaglianza: ogni cittadino ha uguali diritti riguardo all'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Nell'erogazione del servizio, nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti il

sesso, l'appartenenza a gruppi di comunità, la lingua, la religione, le opinioni politiche ed ogni altro orientamento di scelta personale;

- Equità: l'Azienda s'ispira a criteri d'imparzialità, cioè di giustizia e di obiettività. Ad ogni cittadino è dovuto un comportamento che rispetti la sua dignità;
- Qualità: l'Azienda assume ogni iniziativa finalizzata al continuo miglioramento della qualità;
- Accessibilità: per favorire l'accessibilità ai servizi, l'Azienda persegue la semplificazione delle procedure e promuove una costante informazione;
- Continuità: l'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa specifica, deve essere continua, regolare e senza interruzioni;
- Diritto di scelta: il cittadino ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio;
- Sicurezza, Efficacia ed Efficienza: l'Azienda adotta le misure idonee per garantire, nell'erogazione dei suoi servizi, il miglior rapporto possibile fra risorse disponibili, obiettivi perseguiti e risultati raggiunti, in regime di sicurezza per pazienti ed operatori;
- Sostenibilità Economica e Sociale: l'Azienda garantisce la tutela della salute a chi ne ha diritto, pur in presenza di risorse limitate, ed incentiva la partecipazione e la responsabilizzazione della cittadinanza, mediante forme di sensibilizzazione sui temi della prevenzione e della salute.

2.3 L'azienda in cifre

2.3.1 Il territorio e la popolazione

Nell'ambito territoriale dell'Azienda insistono 23 comuni, con una popolazione complessiva di 625.189 abitanti (dato al 1° gennaio 2019). La superficie d'intervento è di 1.362 km^2 e la densità della popolazione è di 459 abitanti per km^2**.**

L'Azienda è suddivisa in 4 Distretti:

Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario
Distretto 2 – Venezia Terraferma, Marcon, Quarto d'Altino
Distretto 3 – Mirano - Dolo
Distretto 4 – Chioggia

Il territorio gestito si caratterizza per la profonda eterogeneità delle diverse aree servite: zone urbane della terraferma ad alta densità abitativa e a forte vocazione produttiva si affiancano al territorio del centro storico veneziano, con gli elementi di specificità che lo contraddistinguono, ed alle aree insulari del territorio lagunare caratterizzate da elevata frammentazione e dispersione. A questa varietà di realtà si aggiungono gli effetti dell'elevata presenza turistica, dovuta all'attrazione esercitata dalla città di Venezia e dalle località del litorale, con riflessi significativi anche nelle aree circostanti della terraferma.

L'ambito territoriale di competenza è rappresentato nell'immagine qui sotto riportata:

Si riporta di seguito il dettaglio della popolazione suddivisa per distretto di appartenenza (popolazione al 31/12/2018, fonte dati ISTAT).

	Distretti 1 e 2 Venezia-Mestre (ex ulss 12)	Distretto 3 Mirano – Dolo (ex ulss 13)	Distretto 4 Chioggia (ex ulss 14)	ULSS 3 SERENISSIMA
N° COMUNI	3	17	3	23
SUPERFICIE IN KM2	470	498	394	1.362
POPOLAZIONE AL 31/12/2018	286.208	273.009	65.972	625.189
DENSITA' ABITANTI/KM2	609	548	167	459

Popolazione residente per fasce d'età Azienda Ulss 3 – al 01.01.2019:

	Distretti 1 e 2 Venezia-Mestre		Distretto 3 Mirano-Dolo		Distretto 4 Chioggia		ULSS 3 SERENISSIMA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
00 - 05	11.725	4,10%	12.659	4,64%	2.414	3,66%	**26.798**	**4,3%**
06 - 14	21.534	7,52%	23.666	8,67%	4.653	7,05%	**49.853**	**8,0%**
15 - 44	87.040	30,41%	88.185	32,30%	20.564	31,17%	**195.789**	**31,3%**
45 - 64	88.368	30,88%	86.971	31,86%	21.456	32,52%	**196.795**	**31,5%**
65 - 74	35.298	12,33%	30.909	11,32%	8.452	12,81%	**74.659**	**11,9%**
75 e più	42.243	14,76%	30.619	11,22%	8.433	12,78%	**81.295**	**13,0%**
TOTALE	286.208	100,00%	273.009	100,00%	65.972	100,00%	**625.189**	**100,0%**

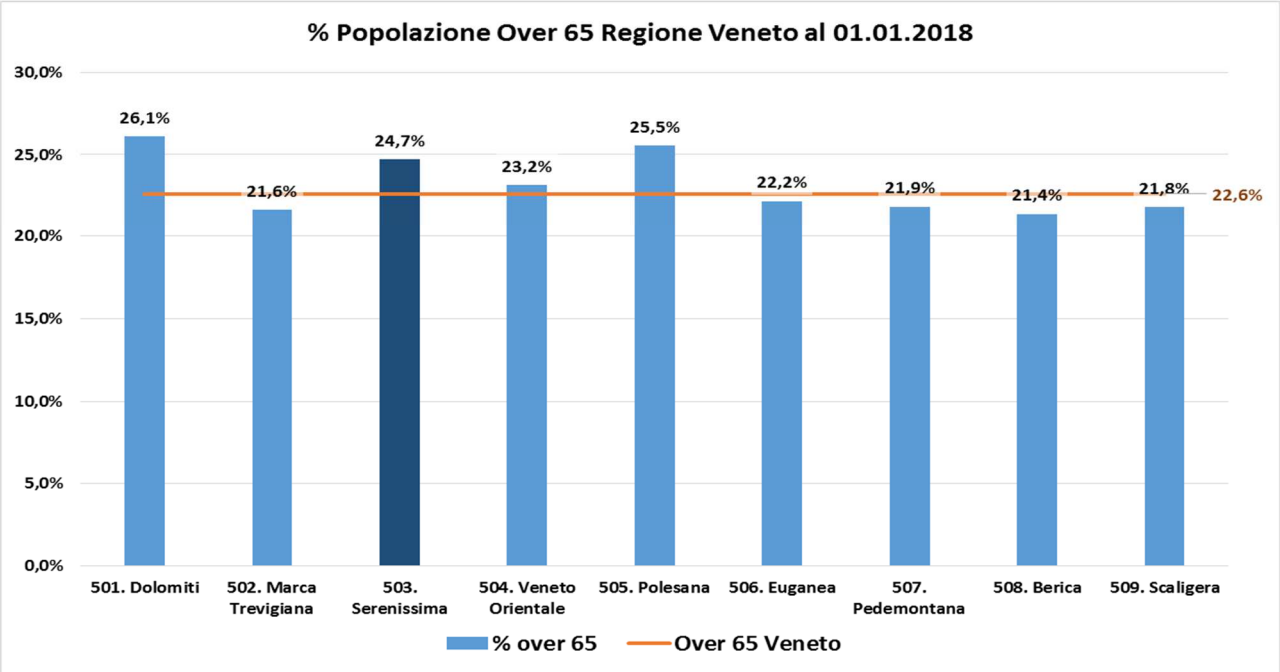
I residenti stranieri rappresentano l'11,7% della popolazione dell'Ulss 3.

Residenti con cittadinanza straniera per fasce d'età - al 01.01.2019:

FASCIA D'ETA	F	M	TOTALE
0	430	455	**885**
0 - 4	1.871	2.021	**3.892**
5 - 14	4.275	4.482	**8.757**
15 - 24	3.304	4.222	**7.526**
25 - 44	15.745	14.951	**30.696**
45 - 64	10.796	7.037	**17.833**
65 - 74	1.521	628	**2.149**
75+	379	210	**589**
TOTALE	**38.321**	**34.006**	**72.327**

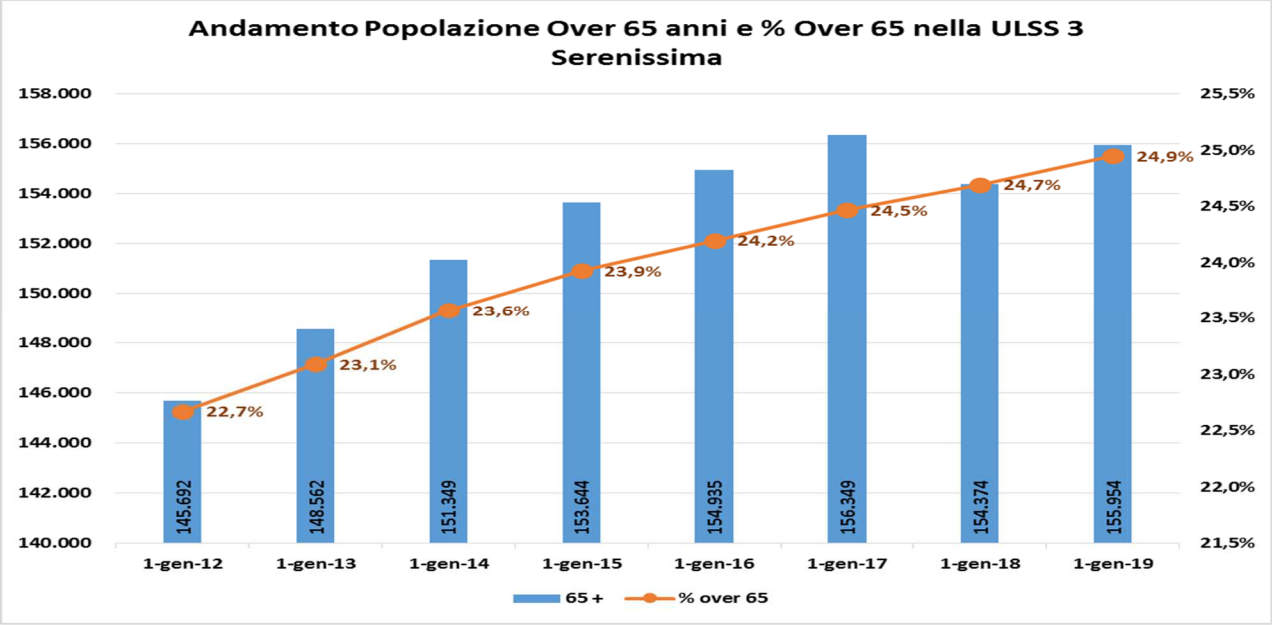
La percentuale di pazienti over 65 è tra le più elevate della Regione. I residenti in età superiore a 65 anni rappresentano il 24,9% dei residenti totali a fronte di un valore regionale del 22,6%.

% Popolazione in età 65 e oltre delle Aziende Ulss del Veneto

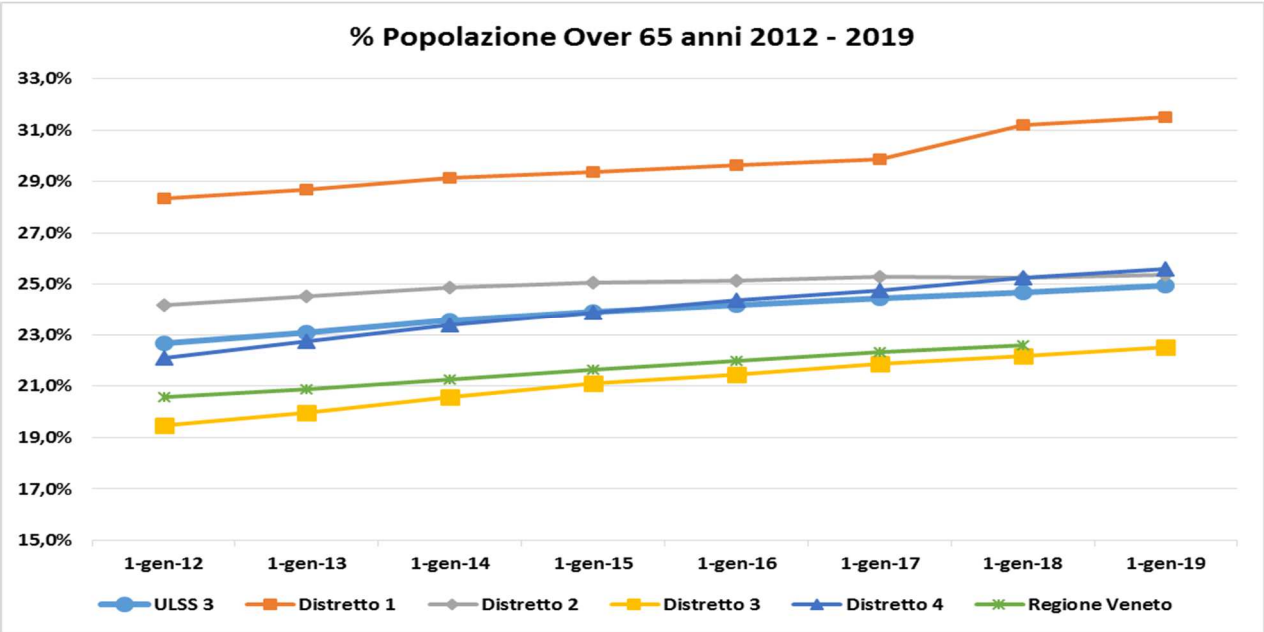


L'allungamento della vita media è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età più avanzata e quindi di un peso sempre maggiore della multimorbidità. I costi di un sistema contraddistinto dalla presenza di molti anziani quindi, sono mediamente maggiori rispetto a contesti caratterizzati da una popolazione più giovane.

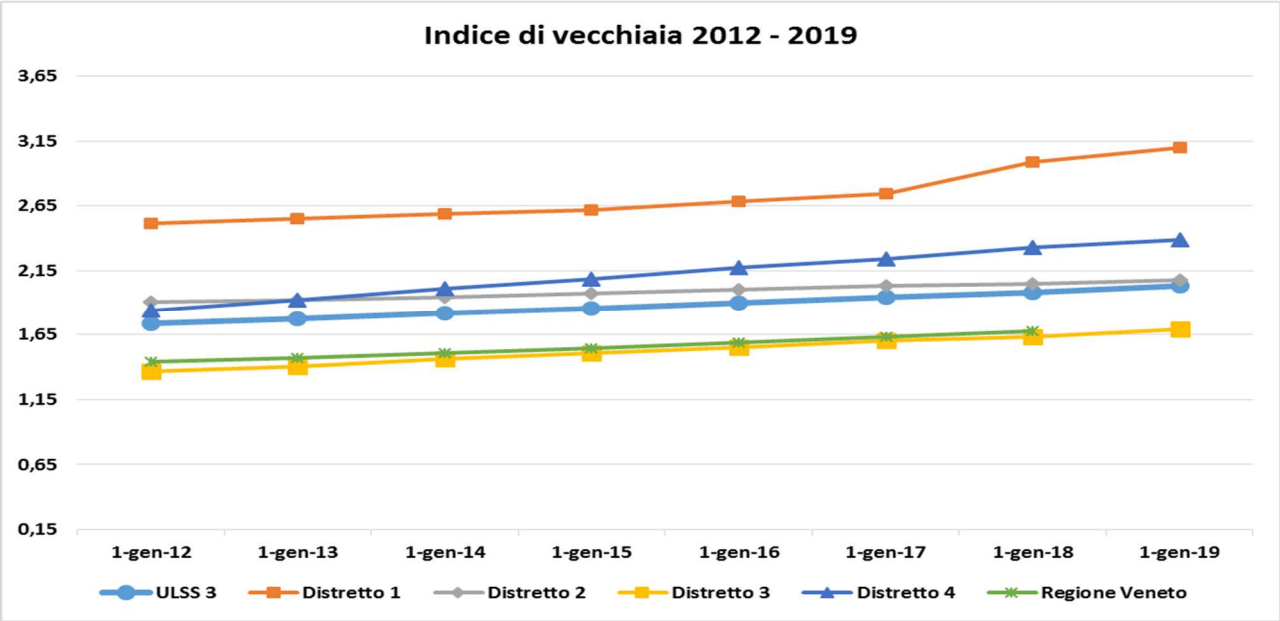
Il grafico seguente illustra l'andamento dal 2012 al 2019 della popolazione Over 65 anni dell'Azienda, con indicazione dell'incidenza in percentuale della stessa sulla popolazione totale. Fino al 2017 è compresa la popolazione del comune di Cavallino Treporti.



Focalizzando l'analisi sulla popolazione residente nei 4 distretti Socio Sanitari della ULSS Serenissima si nota come l'incidenza della popolazione Over 65 anni sul totale sia maggiore ed in costante aumento nel Distretto 1, Venezia e Isole (31,5% nel 2019), e più bassa, anche della media regionale, nel Distretto 3 Dolo-Mirano (22,5% nel 2019). Questo fenomeno viene illustrato nel grafico seguente che riporta il confronto della percentuale degli over 65 dei Distretti dell'Ulss 3 con il dato regionale.



Come si evince dal grafico seguente, anche l'andamento dell'indice di Vecchiaia dal 2012 al 2019 ha sempre segnato un aumento anno per anno.

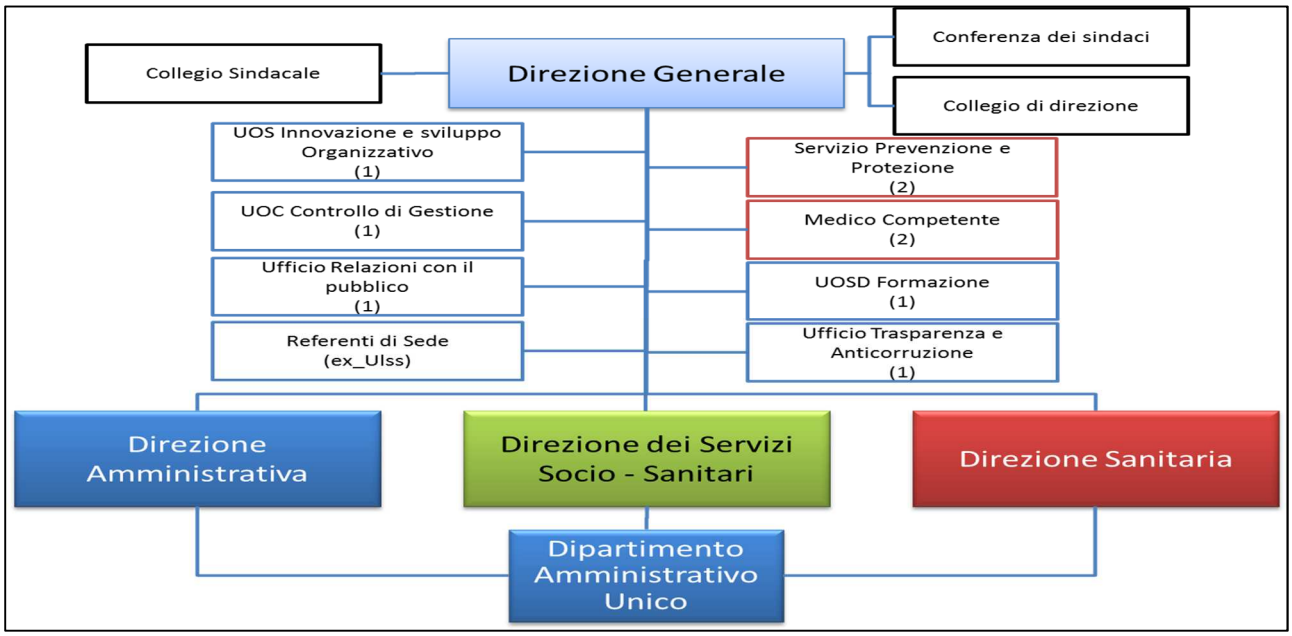


Alle conseguenze del particolare profilo demografico della popolazione residente, si aggiungono gli effetti dell'elevata presenza turistica nel centro storico di Venezia e delle località del litorale con riflessi significativi anche nelle aree circostanti della terraferma.

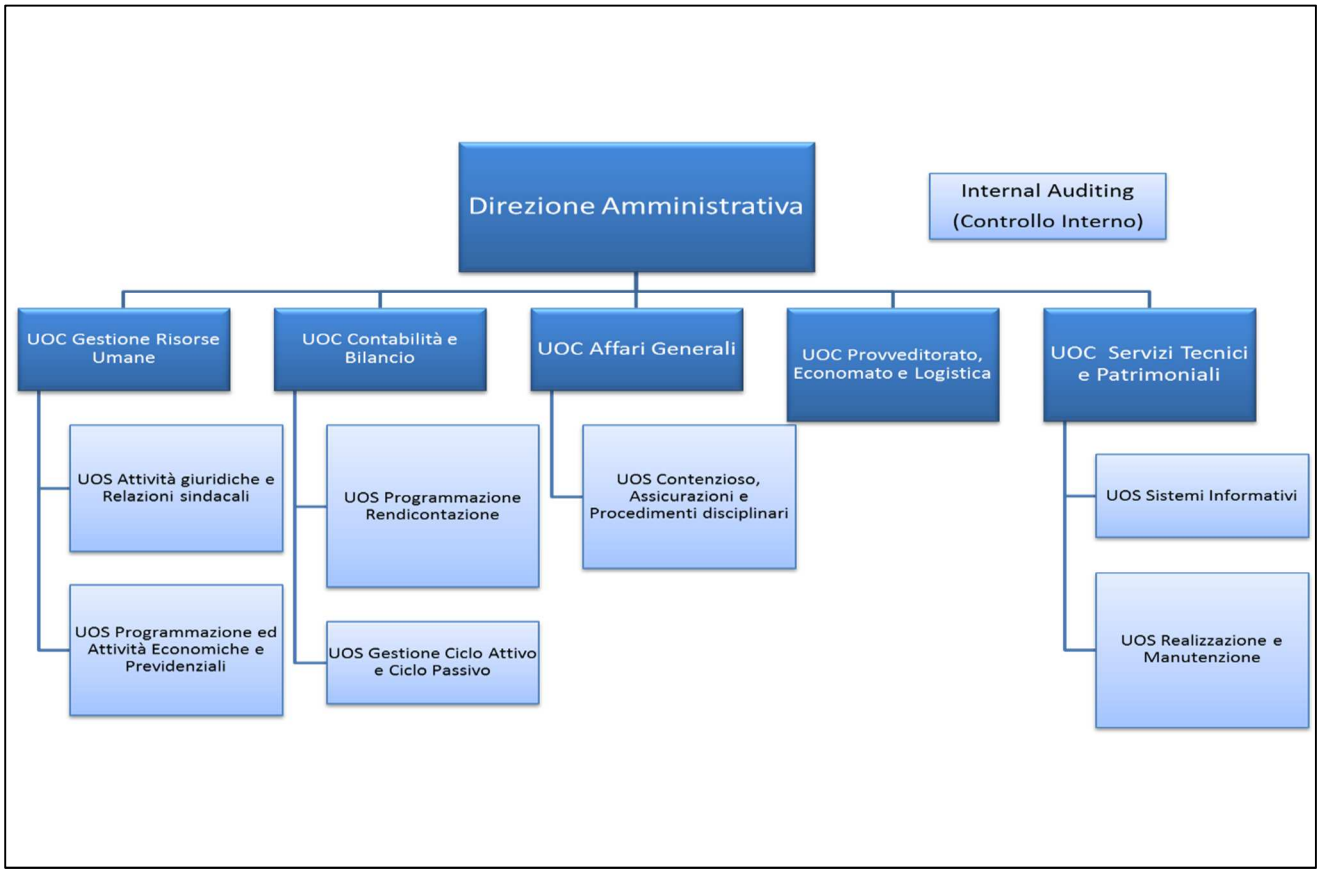
2.3.2 Struttura aziendale

La struttura organizzativa dell'Azienda Ulss 3 Serenissima nelle sue strutture principali è riportata di seguito:

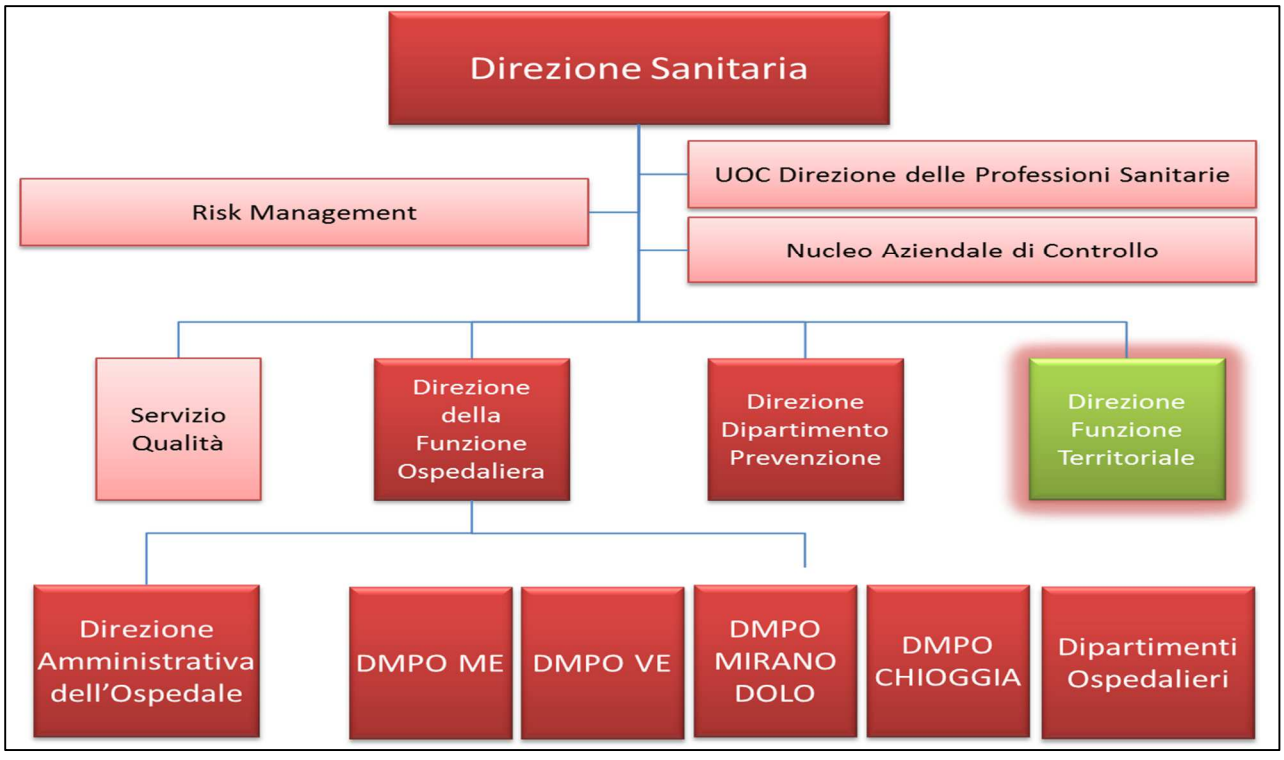
DIREZIONE GENERALE



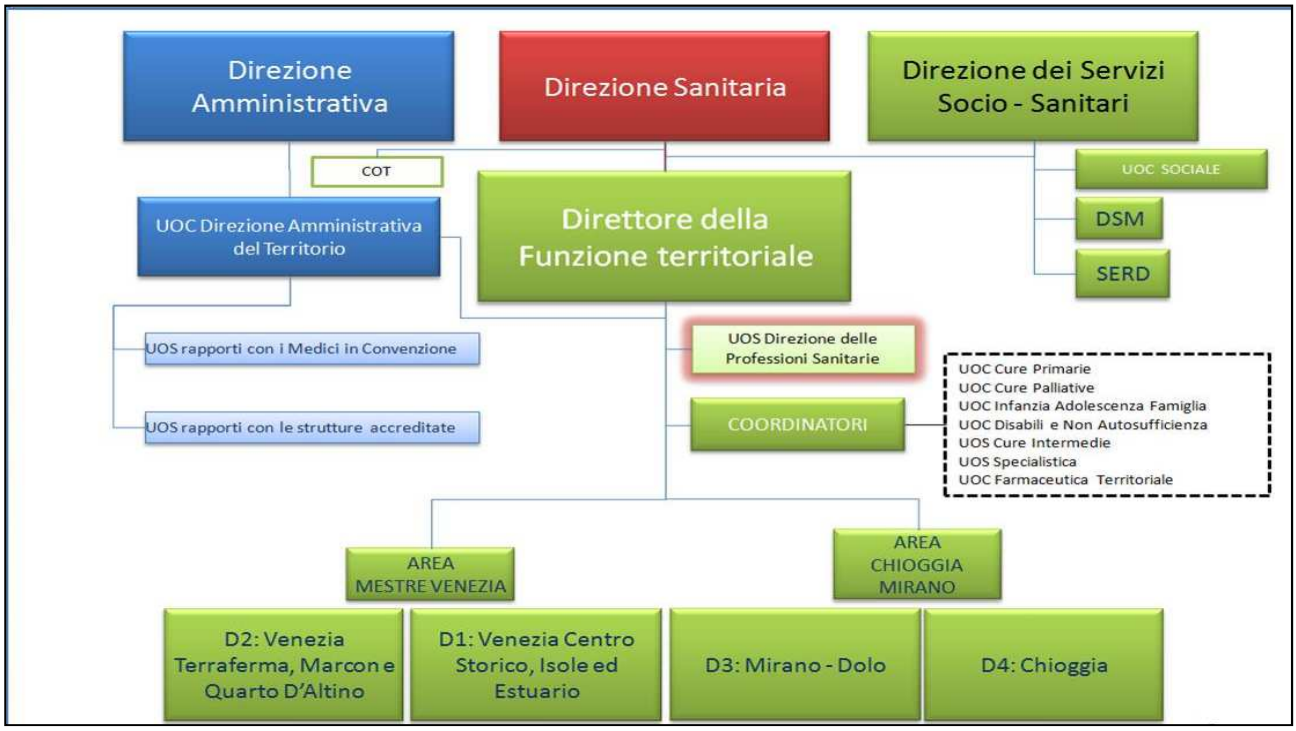
AREA AMMINISTRATIVA



AREA SANITARIA OSPEDALIERA



AREA SANITARIA TERRITORIALE



2.3.3 L'assistenza ospedaliera

L'ULSS 3 Serenissima ha una dotazione di Posti Letto, secondo la nuova delibera regionale 614/2019, di 2.213 unità, distribuiti nel territorio dell'Azienda tra le sedi dei presidi ospedalieri pubblici (1.681) e privati accreditati (532).

Nel 2019 i ricoveri erogati per la diagnosi e cura di malattie acute e per la riabilitazione da ospedali pubblici e convenzionati, sono stati circa 76.000. Nella tabella seguente viene riportato, per ciascuna struttura ospedaliera, il numero di posti letto e la proiezione del numero di ricoveri attesi per l'anno 2019.

Posti letto e ricoveri 2019 (Stima a novembre 2019) per Presidio Ospedaliero – Fonte SDO

Tipo istituto	Istituto	N. POSTI LETTO DGR 614/2019 (*)	N. RICOVERI proiezione 2019
Privato	O. Classif. "Villa Salus"	182	4.599
	C. C. "S. Marco" - Mestre	160	3.684
	O. Classif. "Fatebenefratelli"	81	995
	I.R.C.S.S. "San Camillo" - Lido	109	523
	Totale	**532**	**9.801**
Pubblico	Ospedale Dell'Angelo	597	25.502
	O. C. Dolo	333	12.137
	O. C. Mirano	258	10.412
	O. C. Venezia	310	10.388
	O. C. Chioggia	183	7.078
	O. C. Noale (**)		512
	Totale	**1.681**	**66.028**
Totale		**2.213**	**75.829**

L'attività di pronto intervento in caso di urgenza è garantita nel territorio dai Servizi di Pronto Soccorso situati presso le 5 strutture ospedaliere e da un Punto di Primo Intervento al Lido di Venezia. Gli accessi del 2018 sono stati circa 254.000.

Accessi al Pronto Soccorso Anno 2019

Pronto Soccorso	N° Accessi 2019
PS Mestre	93.228
PS Venezia	36.271
PS Dolo	46.060
PS Mirano	42.831
PPI Lido	5.792
PS Chioggia	29.823
Totale	**254.005**

2.3.4 L'assistenza specialistica

Le prestazioni ambulatoriali sono assicurate da ambulatori pubblici e privati accreditati dislocati in tutto il territorio aziendale che hanno garantito l'erogazione dell'attività per un volume complessivo di oltre 2 milioni di prestazioni nel 2019, escludendo le prestazioni di laboratorio, centro trasfusionale, microbiologia e anatomia patologica.

Attività specialistica 2019 (stima a novembre 2019 escluse prestazioni di: Laboratorio Analisi, Microbiologia, Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica)

Struttura	EX ULSS 12	EX ULSS 13	EX ULSS 14	ULSS 3 SERENISSIMA
PUBBLICO	818.410	652.222	183.215	**1.653.847**
PRIVATO	289.215	121.426	60.033	**470.674**
TOTALE	**1.107.625**	**773.648**	**243.248**	**2.124.520**

2.3.5 L'assistenza distrettuale

I distretti sono le strutture operative che garantiscono una risposta coordinata e continuativa alla domanda socio-sanitaria della popolazione; in queste strutture, si realizza l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, preposti a soddisfare in modo appropriato i bisogni dei cittadini. Essi si pongono come centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS e come sede di coordinamento organizzativo e funzionale dell'intera rete dei servizi socio-sanitari. L'Azienda promuove un forte coordinamento tra strutture ospedaliere e distretti al fine di favorire un'efficace attività di prevenzione, evitare ricoveri inappropriati ed assicurare una dimissione ospedaliera "protetta" attraverso un percorso che faciliti l'accesso ai servizi distrettuali.

Complessivamente nel territorio aziendale operano 173 Unità di Offerta extraospedaliere, pubbliche e private convenzionate, di cui 116 sono di tipo residenziale e 57 semiresidenziale, con una

dotazione di posti letto complessiva pari a 4.633 che garantiscono assistenza socio-sanitaria alle categorie socialmente più deboli come anziani, soggetti non autosufficienti, malati psichiatrici, ecc. Nel prospetto seguente vengono riportati i dati relativi al numero di strutture articolate per area di attività con i relativi posti letto (fonte dati: flussi NSIS anno 2019).

Strutture residenziali * 2019

AREA	Distretto Veneziano		Distretto Mirano-Dolo		Distretto Chioggia		ULSS 3 SERENISSIMA	
	n. strutture	n. PL	n. strutture	n. PL	n. strutture	n. PL	n. strutture	n. PL
ANZIANI NON AUTO	16	2.129	11	1.306	3	244	**30**	**3.679**
ALTRI NON AUTO (odc, svp, sapa,	11	133	3	18	1	20	**15**	**171**
DISABILI	13	160	6	80	2	20	**21**	**260**
PSICHIATRICI	6	76	6	50	1	9	**13**	**135**
MINORI**	20	165	7	62	2	14	**29**	**241**
DIPENDENZE	5	113	1	17	0	0	**6**	**130**
AIDS	2	17	0	0	0	0	**2**	**17**

* la tabella considera le strutture con posti autorizzati e non comprende le strutture religiose.
** comprende le comunità educative, riabilitative e terapeutiche

Strutture semiresidenziali * 2019

AREA	Distretto Veneziano		Distretto Mirano Dolo		Distretto Chioggia		ULSS 3 SERENISSIMA	
	n. strutture	n. Posti	n. strutture	n. Posti	n. strutture	n. Posti	n. strutture	n. Posti
ANZIANI NON AUTO	4	102	5	100	2	44	**11**	**246**
DISABILI	10	209	15	297	4	83	**29**	**589**
PSICHIATRICI ***	5	86	4	64	2	24	**11**	**174**
MINORI**	3	26	2	20	0	0	**5**	**46**
DIPENDENZE	0	0	1	9	0	0	**1**	**9**

* la tabella considera le strutture con posti autorizzati e non comprende le strutture religiose.
** riguarda i centri educativi, sono esclusi gli asili
*** comprende i centri diurni e gruppi appartamento

A livello territoriale, la rete dei servizi erogati si articola inoltre nelle seguenti sedi di offerta:

Strutture territoriali 2019

PUNTI DI OFFERTA	Distretto Veneziano	Distretto Mirano-Dolo	Distretto Chioggia	AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA
SEDI DISTRETTUALI	18	7	3	**28**
NUMERO STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI SPECIALISTICA	21	9	7	**37**
SEDI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	3	1	2	**6**
SEDI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	20	17	6	**43**
FARMACIE CONVENZIONATE	101	72	22	**195**

L'Azienda s'impegna a promuovere un forte coordinamento tra le strutture Ospedaliere ed i Distretti Territoriali al fine di assicurare l'integrazione tra i diversi servizi. L'integrazione è volta a favorire

un'efficace attività di prevenzione, ad evitare ricoveri inappropriati ed assicurare una dimissione dei pazienti "protetta" attraverso un percorso che faciliti l'accesso ai servizi distrettuali.

2.3.6 L'assistenza primaria

L'assistenza primaria garantisce agli assistiti le attività e le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello, di educazione sanitaria e di medicina preventiva individuale attraverso l'attività di 402 Medici di Medicina Generale (MMG), 63 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 124 Medici di Continuità Assistenziale.

La suddivisione per distretto è riportata di seguito:

PERSONALE CONVENZIONATO IN SERVIZIO anno 2019	Distretti 1 e 2 Venezia-Mestre	Distretto 3 Mirano-Dolo	Distretto 4 Chioggia	ULSS 3 Serenissima
Medici di medicina generale	184	169	49	**402**
Pediatri di Libera Scelta	27	31	5	**63**
Medici di Continuità Assistenzia	84	28	12	**124**
TOTALE	**295**	**228**	**66**	**589**

Sono inoltre attive 14 Medicine di Gruppo Integrate.

	Distretti 1 e 2 Venezia-Mestre	Distretto 3 Mirano-Dolo	Distretto 4 Chioggia	ULSS 3 Serenissima
Medicine di Gruppo Integrate	4	5	5	**14**

I dati contenuti nel successivo prospetto rappresentano l'articolazione del sistema di offerta dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, alla luce della nuova programmazione, contestualizzandoli nell'ambito del sistema di erogazione complessivo, cui concorre anche il sistema delle cure territoriali.

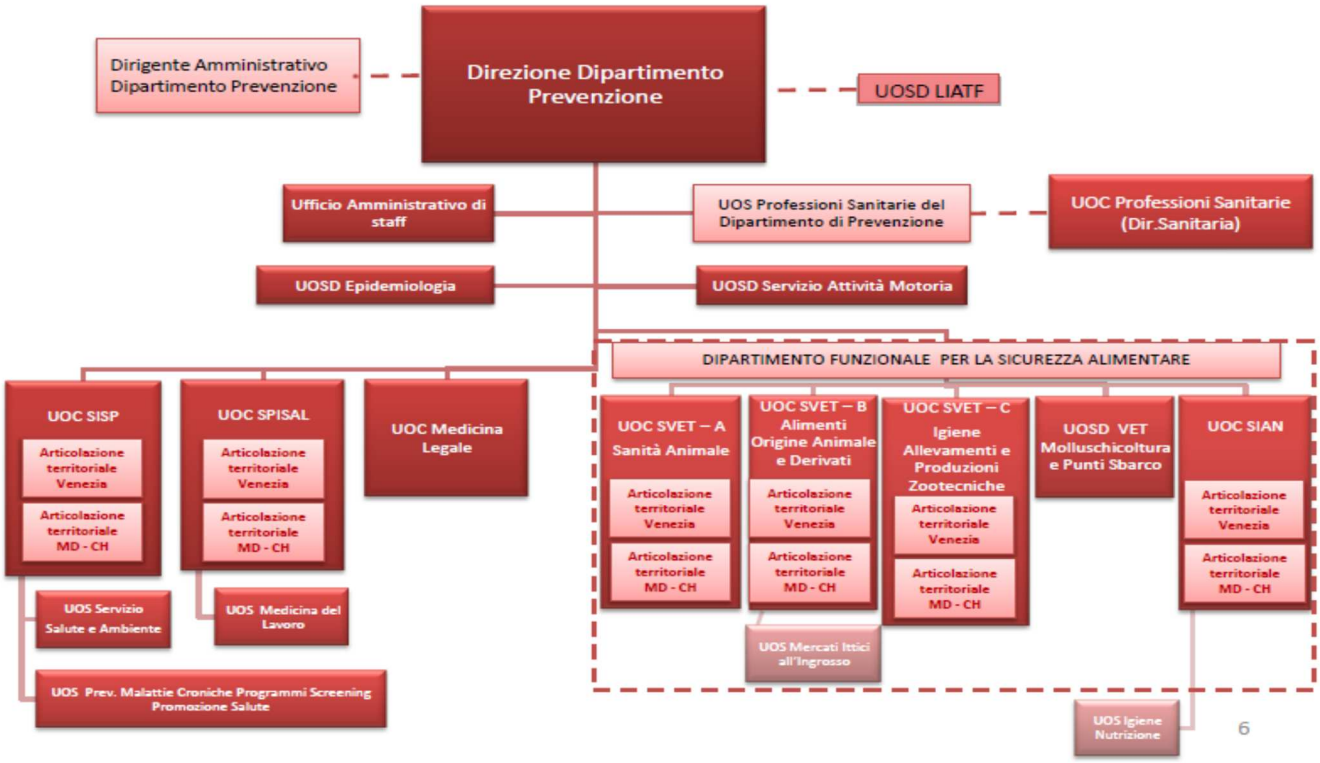
La diapositiva che segue articola inoltre le stesse informazioni per singolo Distretto.

2.3.7 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Azienda preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, attraverso funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; tutela collettiva e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; tutela della salute nelle attività sportive. Esso inoltre concorre con gli altri dipartimenti e servizi aziendali alle attività inerenti alle funzioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

Struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione



2.3.8 Il personale

Il personale complessivo dell'Ulss 3 Serenissima è pari a 7.269 unità, suddivise per profilo contrattuale, in base a quanto evidenziato nella tabella seguente.

Tempo Indeterminato		
Contratto	**Aggregazioni profili/Aree Contrattuali**	**In servizio al 31/12/2019**
1) Sanitario	A) Dirigenza medica	1.019
	B) Dirigenza veterinaria	17
	C) Dirigenza sanitaria	98
	L) Personale della prevenzione	101
	M) Personale della riabilitazione	235
	N) Personale infermieristico/ ostetrico	3.127
	O) Personale tecnico sanitario	398
Totale		**4.995**
3) Professionale	D) Dirigenza ruoli PTA	6
	S) Personale ruolo amministrativo prof.	1
Totale		**7**
4) Tecnico	D) Dirigenza ruoli PTA	5
	R) OSS OTAA	1.019
	P) Altro personale ruolo tecnico	405
Totale		**1.429**
5) Amministrativo	D) Dirigenza ruoli PTA	19
	S) Personale ruolo amministrativo prof.	577
Totale		**596**
Totale Tempo Indeterminato		**7.027**
Tempo Determinato		
Contratto	**Aggregazioni profili/Aree Contrattuali**	**In servizio al 31/12/2019**
1) Sanitario	A) Dirigenza medica	4
	C) Dirigenza sanitaria	2
	L) Personale della prevenzione	11
	N) Personale infermieristico/ ostetrico	137
	O) Personale tecnico sanitario	4
Totale		**158**
3) Professionale	D) Dirigenza ruoli PTA	0
	S) Personale ruolo amministrativo prof.	0
Totale		**0**
4) Tecnico	R) OSS OTAA	77
	P) Altro personale ruolo tecnico	4
Totale		**81**
5) Amministrativo	D) Dirigenza ruoli PTA	2
Totale		**2**
7) Ist.Peniten	A) Dirigenza medica	1
Totale		**1**
Totale Tempo Determinato		**242**
Totale Personale al 31/12/2019		**7.269**

La politica aziendale di gestione del personale si coniuga con modelli organizzativi ed assistenziali innovativi al fine di favorire e migliorare la presa in carico dei pazienti e contestualmente motivare e valorizzare il personale che opera nell'Azienda.

2.4 La normativa di riferimento

Il quadro di riferimento normativo principale è contenuto nel Piano Socio Sanitario Regionale, approvato con la legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 e valevole per il quinquennio 2019-2023. Si tratta di un documento articolato e complesso che, in linea con il precedente (PSSR 2012-2016 approvato con L.R. n.23/2012), conferma l'organizzazione della rete ospedaliera in Hub e Spoke, richiamando i principi portanti della recente riforma sociosanitaria che, con la L.R. n. 19/2016, ha istituito l'Azienda Zero e ridotto il numero delle Ulss. Nel Piano viene riservata particolare attenzione ai temi del territorio, della cronicità, della non autosufficienza e viene confermata la scelta strategica della forte integrazione tra sanitario e sociale.

Vengono approfonditi numerosi ambiti, quali l'impatto epidemiologico sulla domanda dei servizi sanitari, la promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio, la salute della donna e del bambino, il percorso del paziente in ospedale, la presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza, lo sviluppo delle cure domiciliari per rispondere adeguatamente ai bisogni assistenziali in particolare delle persone fragili, lo studio delle malattie rare, la salute mentale, l'integrazione socio sanitaria, il governo del sistema e delle aziende, la governance del patrimonio informativo socio sanitario, il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici, le politiche per il personale, la gestione delle risorse finanziarie e strumentali, la ricerca, l'innovazione e la valutazione delle tecnologie sanitarie, i rapporti con l'Università.

In attuazione a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, con la DGRV n. 614 del 14/05/2019 sono state approvate le nuove schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.

La programmazione aziendale è inoltre strettamente correlata alla DGRV che definisce gli obiettivi annuali di salute e di funzionamento per le Aziende del SSR, con l'indicazione dei relativi indicatori di performance. Tali obiettivi costituiscono le linee di indirizzo prioritarie per l'Azienda. Al momento della redazione del presente Piano, la Regione del Veneto non ha ancora indicato le linee programmatiche per l'esercizio 2020. In attesa della pubblicazione dei nuovi Obiettivi Regionali si considerano gli indirizzi forniti dalla DGRV n. 248 del 08.03.2019 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019" che attualmente rappresenta l'indicazione più recente in materia di programmazione di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi del SSR.

Si citano, infine, le ulteriori principali disposizioni nazionali e regionali che definiscono il quadro normativo di riferimento:

-Legge regionale n. 55 del 14 settembre 1994 che, in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ha fissato l'assetto programmatorio, contabile, gestionale e di controllo delle Unità Locali Socio Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere del Veneto. Negli articoli 13, 14 e 18 della suddetta legge viene fatto specifico riferimento alla metodica di budget ed alle azioni finalizzate a definire i risultati da conseguire, le attività da realizzare e i fattori operativi da utilizzare;

-L.R. 56/1994, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 …"

-D.lgs. 229/99 di riforma ter recante: Norme per la razionalizzazione del SSN;

-D.lgs. 286/99 riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e controllo;

-D.Lgs n. 150/2009 “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che ha definito la disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti;

-DGRV n. 140 del 16 febbraio 2016 “Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del SSR. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli OIV”;

-Legge Regionale n° 19 del 25 ottobre 2016 “Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero” che rappresenta il più importante riferimento normativo con il quale sono stati definiti i nuovi assetti territoriali delle Aziende ULSS ed istituito l’ente Azienda Zero con lo scopo di unificare e centralizzare le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria;

-Piano di razionalizzazione 2019/2021 approvato con delibera del Direttore Generale n. 459 del 29.03.2019;

-DGRV n. 333 del 26 marzo 2019 di Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020;

-nota dell’Azienda Zero n. 24018 del 9 dicembre 2019 che comunica le Istruzioni per la formulazione del Bilancio Economico di Previsione per l’anno 2020, documento di programmazione che, ai sensi dell’articolo 25 del D.Lgs. 118/2011, deve essere coerente con gli atti della programmazione regionale sanitaria ed economico-finanziaria.

3 Ciclo di gestione delle performance

3.1 Misurazione e valutazione delle performance

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. La Struttura Controllo di Gestione e Controllo interno, sulla base dell'articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

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

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

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa e si integrano con la valutazione della performance individuale.

- **Obiettivi**

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

- **Indicatori**

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 le seguenti caratteristiche fondamentali:

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

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

- **Infrastruttura di supporto**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati di supporto, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura Complessa Controllo di Gestione sovraintendere all'intero sviluppo del ciclo della Performance e supportare la valutazione della performance organizzativa. A tal fine il datawarehouse aziendale è lo strumento tecnico di gestione sia dei dati di attività che di costo.

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

- **Processo**

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, articolato come segue:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, 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 e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

- **Strumenti di programmazione e valutazione**

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato da specifici documenti di supporto:

- il Piano triennale delle Performance;
- Documento delle direttive per l'anno di riferimento;
- Metodologia aziendale del processo di budget;
- Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- la Relazione annuale sulla Performance.

- **Ambiti di valutazione**

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal D.Lgs. 150/2009, che rappresentano le aree di attività dell'Azienda.

- **Pubblicità**

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

3.2 Metodologia Aziendale applicata

L'Azienda ULSS n. 3 Serenissima utilizza un sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso lo strumento del budget, inteso come documento di indirizzo e orientamento dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche multidimensionali (strategia aziendale, volume e qualità delle prestazioni, efficiente utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

Nell'Azienda ULSS n. 3 Serenissima la performance viene misurata:

-a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;

-a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);

-a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

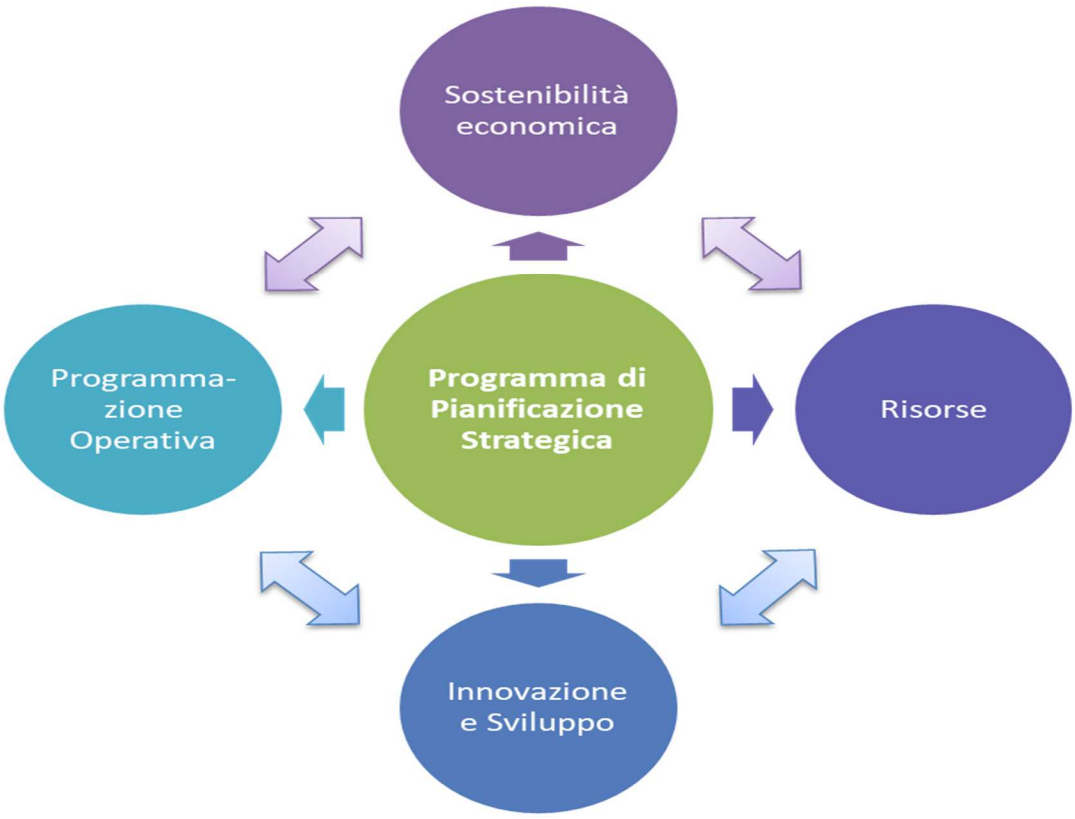
Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

1. Pianificazione/programmazione;
2. formulazione del budget;
3. svolgimento e misurazione dell'attività;
4. valutazione.

3.2.1 Pianificazione/Programmazione

Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano è elaborato dalla Direzione Strategica con il supporto tecnico dell'UOC Controllo di Gestione e adottato con delibera del Direttore Generale. Il Piano consente di definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

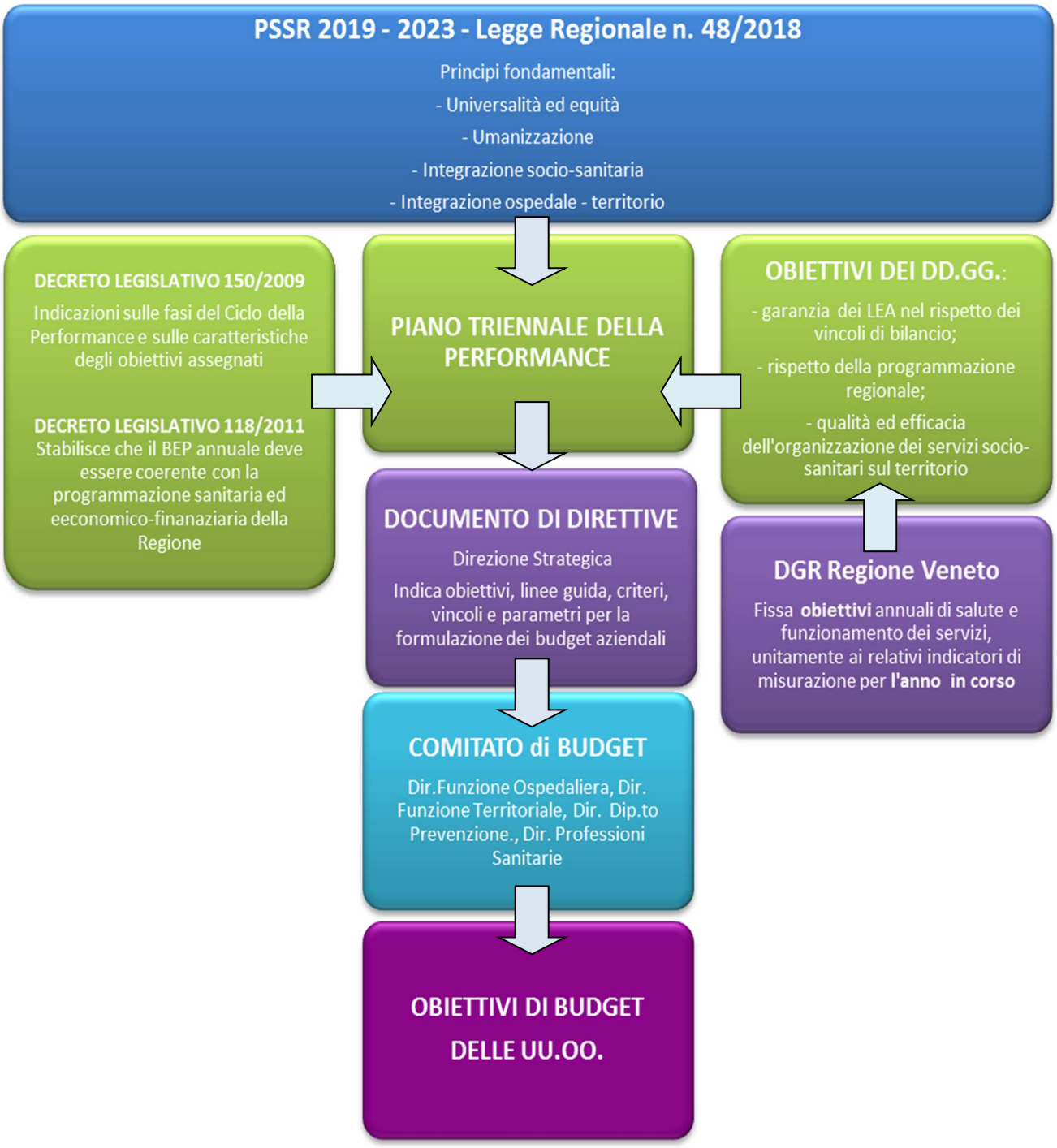
Come rappresentato nel grafico che segue, la programmazione strategica tiene conto delle risorse assegnate, in un quadro di sostenibilità economica, favorendo l'innovazione, lo sviluppo, l'efficienza e l'efficacia delle azioni aziendali.



In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree di sviluppo strategico che l'Ulss intende perseguire nel prossimo triennio sono quelle individuate nella DGR riguardante gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali e che l'Azienda s'impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo.

Il *Piano della Performance* comprende il ***Documento delle Direttive*** che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili e definite con il Bilancio Economico Preventivo.

Percorso di definizione degli obiettivi aziendali



3.2.2 Formulazione del Budget

Il Processo di Budget si applica alle Unità di Budget, unità organizzative aziendali in cui è possibile individuare e definire responsabilità di tipo organizzativo, gestionale ed economico all'interno dell'Azienda. Le Unità di Budget, in riferimento all'Atto Aziendale corrispondono a:

-Unità Operative Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale che svolgono attività di carattere sanitario e socio-sanitario finalizzate all'erogazione di prestazioni a carattere diagnostico-terapeutico e riabilitativo;

-Unità Operative Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale che svolgono attività di carattere amministrativo, contabile e tecnico finalizzate a garantire il corretto svolgimento dei processi di supporto all'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari;

-alcune articolazioni organizzative di tipo semplice (UOS) e Servizi di staff alla Direzione Strategica.

La definizione e contrattazione degli obiettivi di budget riguarda ogni singola Unità di Budget.

La Programmazione Operativa declina le linee strategiche identificate nella pianificazione aziendale in obiettivi operativi a livello di Unità di Budget validi per un arco temporale definito, solitamente annuale.

I Direttori di Dipartimento Strutturale individuano le proposte di budget di ciascuna Unità Operativa in accordo con i relativi Responsabili. Dette proposte vengono negoziate successivamente con il Comitato di Negoziazione il quale assegna un punteggio a ciascun obiettivo in relazione all'importanza dello stesso.

Il Coordinatore di Dipartimento Funzionale può proporre, per le Unità Operative afferenti al proprio Dipartimento, specifici obiettivi di natura clinico assistenziale ed organizzativa, che saranno discussi in fase di negoziazione.

Gli obiettivi, così definiti, riguardano la performance dell'Unità Operativa e coinvolgono complessivamente tutto il personale, sia dirigente che del comparto.

Il Controllo di Gestione svolge un ruolo tecnico-operativo a supporto della fase di individuazione degli obiettivi, con evidenza delle risorse assegnate, dei volumi prestazionali, del case mix di attività, dei costi, nonché di ogni altra informazione ritenuta necessaria all'individuazioni degli obiettivi.

Una volta definiti e condivisi, gli obiettivi di budget vengono formalizzati nella Scheda di Budget che deve essere sottoscritta dai Direttori coinvolti nella negoziazione. In essa sono esplicitati gli obiettivi che il personale afferente all'UO (dirigenza e comparto) deve perseguire, le risorse a disposizione, i risultati attesi, gli indicatori di riferimento ed il peso assegnato.

Nell'ottica di condivisione e trasparenza, le Schede, una volta firmate, sono rese pubbliche e accessibili a tutti gli operatori mediante la pubblicazione nel portale aziendale.

La Direzione si riserva di assegnare sempre eventuali nuovi obiettivi in corso d'anno, in relazione a nuove direttive regionali oppure in seguito a proprie autonome decisioni.

In caso di modifiche sostanziali aziendali e/o dell'assetto organizzativo, è prevista la possibilità di rimodulare gli obiettivi concordati tra l'Unità di Budget e il Comitato di Negoziazione o modificarne il punteggio. La rinegoziazione di norma avviene non oltre il mese di settembre di ogni annualità, può essere effettuata su decisione della Direzione o a seguito di motivata richiesta formale da parte della singola Unità di Budget e deve essere validata da parte del superiore gerarchico.

3.2.3 Monitoraggio degli obiettivi

Il Controllo di Gestione svolge un monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi proposti. Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle UOC/UOSD è effettuato con periodicità infra-annuale tramite i dati forniti dai sistemi informativi aziendali; a ciascuna unità operativa viene inviata una scheda di monitoraggio con la proiezione della performance raggiunta con la finalità di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive. Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso vengono analizzate le relative motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, che possono condurre ad una eventuale revisione degli obiettivi.

Questo processo consente il miglioramento continuo della performance offerta al cittadino, garantendo l'efficienza della gestione e la sostenibilità economica aziendale.

Nei mesi di agosto/settembre viene effettuata una verifica intermedia sul grado di raggiungimento degli obiettivi durante la quale vengono valutate eventuali azioni correttive o l'eventuale revisione degli stessi. Per gli obiettivi con indicatori non numerici, cioè quelli per cui la positiva valutazione risulta strettamente collegata alla presentazione di una relazione scritta, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestato dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione.

3.2.4 Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale dirigente e del comparto.

Valutazione degli Obiettivi

La fase di valutazione finale degli obiettivi di budget inizia a fine periodo con la misurazione a consuntivo degli indicatori contenuti nella Scheda di Budget.

Il Controllo di Gestione, sulla base delle evidenze desunte dal sistema informativo aziendale e dalla documentazione fornita dal Direttore di UOC/UOSD o da altre Unità Operative, effettua la misurazione ed assegna un punteggio complessivo secondo i criteri stabiliti in fase di negoziazione.

L'esito della misurazione viene analizzato dai valutatori di I^ e di II^ istanza che possono modificare o confermare il risultato indicato dal Controllo di Gestione, tenendo altresì conto delle motivazioni addotte dall'Unità Operativa nel caso di parziale conseguimento degli obiettivi al fine di esprimere un giudizio finale obiettivo ed imparziale.

I due livelli di valutazione sono articolati secondo la scala gerarchica di responsabilità nel rispetto di quanto definito dall'organizzazione dell'Atto Aziendale.

Il Direttore dell'Unità di Budget è informato sull'esito della valutazione di I^ e di II^ istanza tramite la Scheda di Valutazione redatta dal Controllo di Gestione e comunicata formalmente.

Nel caso in cui il valutato non concordi con il punteggio assegnato al I° livello, può ricorrere al valutatore di II^ istanza producendo adeguata documentazione a supporto.

Valutazione della Performance Individuale

La misurazione della Performance Organizzativa (verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget) è affiancata dalla misurazione della Performance Individuale che valuta l'apporto del singolo al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione. L'intera fase di valutazione è improntata ai principi di trasparenza dei criteri di valutazione e dei risultati.

Dall'esito della valutazione finale discende la corresponsione degli istituti economici previsti dalla contrattazione vigente. L'Unità Operativa Risorse Umane è l'ufficio che coordina il processo di valutazione individuale e garantisce il rispetto delle scadenze previste relativamente alla corresponsione delle premialità come normato dagli accordi contrattuali nazionali ed aziendali vigenti.

Entro il 30 giugno di ogni anno il Controllo di Gestione è chiamato a redigere la **Relazione sulla Performance** (prevista dal Decreto Legislativo 150/2009) che evidenzia, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e una sintesi dei risultati della valutazione individuale del personale dipendente.

A conclusione del processo di valutazione della performance organizzativa ed individuale tutta la documentazione viene sottoposta all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

L'OIV è l'organo garante dell'intero processo di definizione e di valutazione dei risultati di budget e ne attesta la correttezza metodologica.
L'OIV predispone la Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, che costituisce parte integrante del Documento di Validazione della Relazione sulla performance.
La Relazione sulla Performance, approvata con Deliberazione del Direttore Generale, viene validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione.
Il Servizio Personale provvede, sulla base dell'esito della validazione, all'erogazione delle premialità conseguenti.

3.3 Timing del Processo

Le fasi temporali in cui si articola il processo sono di seguito rappresentate. Alcune scadenze del processo devono essere rispettate in quanto previste dalle norme vigenti, altre invece possono essere dipendenti da scelte aziendali.

FASI	ATTIVITA'	ATTORI
PROGRAMMAZIONE	Dicembre anno N-1 / Gennaio •**DEFINIZIONE dei bisogni e degli indirizzi strategici** • PIANO della PERFORMANCE, DOCUMENTO di DIRETTIVE	DIREZIONE STRATEGICA
PRESENTAZIONE	Febbraio •**PRESENTAZIONE del DOCUMENTO di DIRETTIVE** •**INDIVIDUAZIONE degli obiettivi da assegnare ai Centri di Resp.**: PREDISPOSIZIONE PROPOSTA SCHEDE di BUDGET	COMITATO di BUDGET Supporto: CONTROLLO di GESTIONE
NEGOZIAZIONE	Marzo •**INVIO della PROPOSTA di schede di budget ai Responsabili U.O.** •DISCUSSIONE su obiettivi e risorse ASSEGNATI	COMIT.NEGOZIAZ. , DIRETTORI DIP., RESP UNITA' BGT., Supporto: CdG
APPROVAZIONE DEFINITIVA degli OBIETTIVI DI BUDGET	Marzo / Aprile •**PREDISPOSIZIONE delle schede di budget DEFINITIVE** a seguito della negoziazione e invio per la sottoscrizione •SOTTOSCRIZIONE delle schede di BUDGET DEFINITIVE •APPROVAZIONE con delibera e PUBBLICAZIONE sul sito aziendale	DIREZIONE, DIRETTORI DIP., RESP. UNITA' DI BUDGET, Supp: CONTROLLO DI GEST.
MONITORAGGIO BUDGET	Cadenza infrannuale •INVIO PERIODICO di REPORT di ANALISI degli scostamenti	CONTROLLO DI GESTIONE
EVENTUALE RINEGOZIAZIONE DI BUDGET	Settembre •INVIO della richiesta di rinegoziazione •RIDEFINIZIONE degli obiettivi e dei valori soglia	DIREZIONE, COMIT.NEGOZIAZIONE , RESP UNITA' OP., DIRETTORI DIP. Supp: CONTROLLO DI GEST.
MISURAZIONE OBIETTIVI DI BUDGET	Maggio anno N+1 •**INVIO di reportistica sul grado di raggiungimento degli obiettivi** dell'anno precedente ed eventuale relazione integrativa da parte del Resp. di Unità di Budget	CONTROLLO di GESTIONE RESPONSABILE UNITA' di BUDGET
VALUTAZ. RAGGIUNGIM. OBIETTIVI	Giugno anno N+1 •**Valutazione raggiungim. obiettivi dell'anno precedente** da parte del valutatore 1^ istanza e successiva valutazione 2^ istanza •Redazione Relazione sulla Performance dal CdG	RESPONSABILE UNITA' di BUDGET VALUTATORE 1^ e 2^ ISTANZA CONTROLLO di GESTIONE
VALIDAZIONE O.I.V.	Settembre anno N+1 •ANALISI dell'OIV della documentazione pervenuta •VALIDAZIONE della Relazione sulla performance	O.I.V. CONTROLLO di GESTIONE
EROGAZIONE PREMIALITA'	Entro IV° trimestre anno N+1 •Erogazione della parte incentivante della retribuzione sulla base dell'esito della validazione	SERVIZIO PERSONALE

Si riporta di seguito, in sintesi grafica, il processo descritto:

ANNO X:

ANNO X+1:

6
Monitoraggio finale con verifica raggiungimento degli obiettivi
7
Valutazione obiettivi individuali con sottoscrizione schede di valutazione
8
Predisposizione e approvazione Relazione sulle Performance e invio all'OIV
9
Validazione Relazione sulle Performance da parte dell'OIV
10
Erogazione premialità
Aprile/maggio
Maggio/giugno
Entro giugno
Entro 15 settembre
Entro quarto trimestre

4 Le linee programmatiche e gli obiettivi

4.1 I principi fondamentali programmatori

Anche per il triennio 2020-2022, l'Azienda intende continuare nel percorso intrapreso di miglioramento della promozione e tutela della salute della popolazione e di garantire elevati livelli quali quantitativi di prestazioni compatibilmente con la sostenibilità economica generale.

Gli obiettivi strategici aziendali vengono perseguiti in armonia con la programmazione di cui al PSSR e agli obiettivi di Salute e Funzionamento definiti dalla Regione.

L'Azienda fa propri gli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale ed assegnati dalla Regione al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico ed annualmente aggiornati.

In coerenza con le indicazioni derivanti dalla normativa nazionale e regionale, le principali aree che l'Azienda intende presidiare nel 2020 sono quelle individuate nel PSSR 2019-2023 e nella DGR 248/2019, che attualmente rappresentano le indicazioni normative più recenti in materia di programmazione di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi del SSR, riservandosi di recepire man mano gli aggiornamenti che interverranno nel corso del 2020.

L'attuale PSSR (L.R. n. 48 del 28/12/2018), valevole per il quinquennio 2019-2023, approfondisce le relazioni tra fabbisogno assistenziale e risposte del servizio sanitario veneto in termini di offerta, con analisi dedicate, ai vari ambiti assistenziali.

La prima parte, focalizzata sui bisogni, analizza in particolare i seguenti aspetti:
-impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda dei servizi sanitari
-promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio
-programmazione socio sanitaria della Regione Veneto
-salute della donna e del bambino
-percorso del paziente in ospedale
-presa in carico della cronicità e della multimorbidità per intensità di cura e di assistenza,
-malattie rare
-salute mentale
-integrazione socio sanitaria.

La seconda parte, focalizzata sui sistemi di supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari, analizza in particolare:
-governo del sistema e delle aziende
-gestione del patrimonio informativo socio sanitario
-governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
-governo e politiche per il personale
-gestione delle risorse finanziarie e strumentali
-ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie
-rapporti con l'Università.

Al momento della redazione del presente Piano della Performance, non sono ancora disponibili gli Obiettivi di Salute e Funzionamento per l'anno 2020. Tuttavia, le linee programmatiche

e la loro declinazione nei vari obiettivi vengono ogni anno emanate in piena continuità e a completamento di quanto fatto negli esercizi precedenti. E' dunque ipotizzabile che il provvedimento regionale definisca per l'anno 2020 obiettivi coerenti con quelli definiti dalla precedente Delibera Regionale. L'Azienda si riserva comunque di recepire man mano gli aggiornamenti regionali nel corso del 2020.

L'ultimo riferimento è, ad oggi, rappresentato dalla DGRV n. 248/2019 che individua le seguenti principali aree di programmazione:

1. Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza soprattutto nell'ambito della prevenzione e delle cure primarie;
2. Appropriatezza nell'erogazione di prestazioni specialistiche;
3. Miglioramento del saldo di mobilità sanitaria, in particolare mediante una riduzione del numero pazienti che si rivolgono ad altre Aziende per attività di ricovero e specialistica;
4. Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari;
5. Flussi informativi di attività e di costi: rispetto di tutti i requisiti richiesti dalla Regione in termini di qualità e completezza dei dati.

4.2 Obiettivi, Piano Performance e Documento delle Direttive

Per garantire 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 delle Performance;

-il Documento delle Direttive;

-il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget delle Unità Operative;

-il Sistema di Reporting.

Il Piano della performance è articolato su un orizzonte temporale triennale ed è modificato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria nazionale e regionale e/o modifiche del contesto interno ed esterno. Il raccordo tra il Piano della Performance e gli obiettivi annuali del 2020 avviene mediante la predisposizione del Documento di Direttive.

Il **Documento di Direttive** esplicita gli obiettivi generali individuati come prioritari per l'anno 2020 dalla Direzione Aziendale in attuazione degli indirizzi e delle scelte di programmazione strategica pluriennale adottate dalla stessa, in coerenza con i vincoli interni ed esterni che l'Azienda è tenuta a rispettare; ha la funzione di rappresentare una guida pratica e immediatamente comprensibile finalizzata ad orientare le progettualità elaborate verso gli obiettivi aziendali, coordinandole in modo da sviluppare le necessarie integrazioni tra i diversi livelli organizzativi; al

contempo, esso rappresenta il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget operativo annuale delle Unità organizzative aziendali e diventa riferimento essenziale per la gestione del processo di budget per l'anno 2020.

Nel 2020 l'Azienda si impegna a consolidare il positivo percorso finora avviato e ad attivare ulteriori azioni volte a garantire gli elevati standard quali-quantitativi assicurati negli anni precedenti orientando gli sforzi nel contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle attività di ricovero nonché nel migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ed implementare ulteriormente l'integrazione dei percorsi assistenziali ospedale-territorio.

Le principali linee programmatiche che saranno proposte in continuità con l'anno precedente sono:

- Accrescere la sensibilità sul tema della prevenzione e l'adesione alle iniziative di screening;
- Promuovere la salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico;
- Rispettare il tetto dei costi stabilito dalla Regione;
- Sviluppare un'attenzione diffusa sul tema dell'appropriatezza delle prestazioni e del governo clinico, favorendo la gestione per processi;
- Migliorare gli indicatori di appropriatezza sul consumo dei farmaci;
- Rispettare i tempi massimi d'attesa per prestazioni ambulatoriali ed interventi chirurgici;
- Migliorare la performance dei servizi di Pronto Soccorso;
- Ridurre la degenza media di ricovero al fine di convergere ai valori di riferimento regionali;
- Migliorare il saldo della mobilità sanitaria;
- Riorganizzare la Rete Ospedaliera e delle Cure Intermedie come disposto dalla DGR 614/2019;
- Garantire rispetto degli standard di efficienza ADI (pazienti oncologici e non oncologici).

Promuovere la salute attraverso la prevenzione

L'Azienda continuerà a promuovere la cultura della prevenzione e l'adesione alle iniziative di screening nella consapevolezza che le iniziative volte alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale, oltre a migliorare i livelli di qualità della vita, si configurano come fattori essenziali di sostenibilità economica poiché riescono a contenere l'insorgere di patologie future con i conseguenti maggiori costi.

Tra le attività aziendali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione verrà posta per: copertura vaccinale, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, screening oncologici, sicurezza alimentare, salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, promozione di stili di vita sani. Anche le attività di Prevenzione si devono qualificare per una forte integrazione con i diversi attori della rete aziendale (macrostrutture del territorio e dell'ospedale) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Mantenere elevati standard di qualità dell'offerta

Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni fornite, sia dai propri servizi che dagli erogatori privati accreditati, si fonda sull'ottimizzazione dei processi sia sotto il profilo dell'efficacia

delle prestazioni rese, sia dal punto di vista dell'utilizzo efficiente delle risorse. Tutte le azioni sono orientate a:

-Migliorare l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse: al fine di raggiungere l'obiettivo di un risultato economico e di un costo della produzione compatibili con i valori di riferimento regionale, l'Azienda intende garantire il rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione per: Personale, Farmaceutica Diretta e Convenzionata, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa e Protesica;

-costante verifica dei livelli di **appropriatezza delle prestazioni erogate**, secondo le indicazioni della normativa nazionale e regionale (miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, appropriatezza prescrittiva, ecc.);

-continuo rinnovamento tecnologico delle strutture;

-miglioramento delle prestazioni del personale.

Rispettare i tempi di attesa delle prestazioni

L'Azienda, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, intende assicurare il governo delle liste di attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un equo accesso alle migliori prestazioni sanitarie in un luogo e con una tempistica adeguata. Nel corso del 2020, l'Azienda si prefigge in particolare di migliorare la performance in riferimento a:

-tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

-tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

-tempi di primo intervento nell'ambito dei soccorsi primari (intervallo Allarme-Target)

-tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

Consolidare la rete territoriale

La rete dei servizi territoriali si qualifica come elemento strategico nell'ambito delle attività rivolte a soddisfare i bisogni dei pazienti e a indirizzarli secondo percorsi assistenziali appropriati ed economicamente sostenibili. Le direttive di intervento si snodano nei seguenti ambiti:

-analisi ed interpretazione dei bisogni della popolazione;

-monitoraggio della rete di offerta dei servizi e delle potenzialità di risposta;

-pianificazione e programmazione delle attività dei servizi;

-utilizzo sistematico del processo di negoziazione di budget, quale metodologia di gestione per la definizione e la condivisione degli obiettivi, in rapporto alle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, compreso quello delle Medicine di Gruppo Integrate, favorendo l'allestimento di strumenti per la misurazione dei risultati raggiunti e degli esiti conseguiti;

-miglioramento continuo della qualità e della ricerca della migliore appropriatezza secondo i principi di centralità del paziente, sicurezza, efficacia, tempestività, efficienza ed equità;

-sviluppo delle competenze di sistema sul governo clinico, in particolare per la definizione e l'applicazione dei percorsi assistenziali per le patologie a più elevata prevalenza, secondo i principi della *clinical governance*, favorendo il coinvolgimento degli assistiti con il supporto multidisciplinare e multiprofessionale;

-garanzia del rispetto degli standard di efficienza relativi all'Assistenza Domiciliare e Territoriale;

-garanzia del rispetto degli standard delle cure palliative;

-implementazione di connessioni funzionali con le altre macro-strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), nonché con le strutture del privato accreditato e con la rete degli attori locali.

Integrazione / ottimizzazione della rete organizzativa e di offerta

Le importanti iniziative volte a perseguire l'obiettivo di uno sviluppo integrato del sistema socio-sanitario ed un uniforme utilizzo delle risorse riguarderanno:

- *Ottimizzare l'attività radiologica a supporto dello screening mammografico* con innalzamento dei livelli di produttività e riduzione dei tempi di rilascio dei referti;
- *Migliorare le attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto degli standard* regionali;
- *Perseguire la Continuità assistenziale*

Potenziare le attività necessarie alla presa in carico del paziente per garantire una effettiva continuità nel percorso assistenziale, sia all'interno dell'Ospedale che nel Territorio, e soprattutto tra Ospedale e Territorio.

- *Garantire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*

Il PDTA rappresenta il percorso del paziente all'interno delle reti cliniche, più razionale e finalizzato al miglior esito delle cure. In tal senso, l'Azienda promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA quali modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi a specifiche categorie di pazienti, in particolari contesti locali, affetti da patologie per le quali vi è maggior criticità nell'accesso alle prestazioni.

- *Governare la gestione della cronicità*

La popolazione di riferimento si caratterizza per un progressivo invecchiamento (diminuisce la natalità ed aumenta la longevità), per la diminuzione dell'incidenza di malattie acute, come infarto ed ictus, ed un incremento delle patologie cronico-degenerative legate all'età e ad errati stili di vita (ipertensione arteriosa, dislipidemie, diabete, demenze, ecc..), inoltre molti anziani vivono soli. Una realtà come quella appena descritta impone l'esigenza di applicare nuovi modelli assistenziali di presa in carico attraverso un approccio multidimensionale e centrato sulla persona e non sulla singola malattia. Risulta necessario stratificare la popolazione assistita in base al diverso profilo di patologie ed al correlato bisogno assistenziale per individuare un percorso assistenziale integrato, in grado di superare logiche fondate sull'erogazione di prestazioni occasionali e costruire una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire la continuità delle cure. Risulta oltremodo importante a questo riguardo implementare sempre più anche la medicina di iniziativa al fine di prevenire, per quanto possibile, l'impatto di malattia nella popolazione assistita.

Garantire la sicurezza dei servizi

Promuovere la sicurezza del paziente e la cultura del rischio tramite la valutazione approfondita e congiunta degli eventi avversi che rappresenta un'opportunità preziosa di apprendimento e miglioramento. In questo contesto si inquadra il potenziamento dei flussi informativi, rendendoli strutturati e sistematizzati in un unico sistema informativo organizzato al fine di costituire una banca dati completa ed aggiornata.

Rispettare la completezza e la tempestività dei flussi Informativi

L'Azienda, come in passato, dovrà continuare a garantire il rispetto del debito informativo verso la Regione e gli altri Enti pubblici esterni, sia in riferimento alle tempistiche che alla qualità dei dati, nella consapevolezza che essi costituiscono un patrimonio di informazioni poi utilizzate nei vari ambiti istituzionali a fini decisionali.

Implementare le azioni di miglioramento dei controlli amministrativi

L'Azienda considera come prioritario il tema della corretta organizzazione delle procedure al fine della regolarità amministrativo-contabile degli atti prodotti, a salvaguardia del patrimonio aziendale e della veridicità dei dati costituenti il sistema informativo dell'Azienda e a garanzia della legittimità ed economicità dell'azione amministrativa.

In linea con tale obiettivo vengono promosse le azioni necessarie a consentire il continuo monitoraggio dei processi in essere ai fini della valutazione del rischio amministrativo, e l'individuazione ed implementazione delle eventuali misure di intervento.

Particolare attenzione è dedicata alla diffusione dei temi della trasparenza ed anticorruzione.

Sviluppare il potenziale professionale aziendale

La formulazione del piano della formazione dovrà tenere conto dei risultati del Questionario di Rilevazione del Clima Interno dal quale si evince come l'organizzazione investa sulle persone anche attraverso un'adeguata attività di formazione. Pertanto, il Piano di Formazione dovrà rappresentare lo strumento strategico per lo sviluppo della conoscenza nelle risorse umane e la modernizzazione dell'attività sanitaria e dell'azione amministrativa.

PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

AREA A) PREVENZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2020	TARGET BIENNIO 2021-2022
A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali			
P.A.1 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte ≥ 95%	tutte ≥ 95%
	P.A.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	≥ 95%
	P.A.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	≥ 75%	≥ 75%
C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro			
P.C.1 Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1 Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	Diminuzione
E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori			
P.E.1 Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1 % aziende bovine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.2 % aziende ovicaprine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.3 % capi ovicaprini controllati per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.4 % aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	≥ 1% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.5 % aziende equine controllate per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.6 % allevamenti apistici controllati per anagrafe	≥ 1% delle aziende in BDN	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.7 esecuzione del PNAA	minimi stabiliti dal PNAA 2019	miglioramento o mantenimento
	P.E.1.8 % controlli di farmacosorveglianza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	miglioramento o mantenimento
F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening			
P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	≥ 60%
	P.F.1.2 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	≥ 50%
	P.F.1.3 Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	≥ 50%
P.F.2 Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1 Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25%	≤ 25%
	P.F.2.2 Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	≥ 300

AREA B) ASSISTENZA DISTRETTUALE

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2020	TARGET BIENNIO 2021-2022
A Assistenza sanitaria di base			
D.A.1 Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1 % della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	100%
D.A.2 Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1 Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento
	D.A.2.2 Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	diminuzione o mantenimento
D.A.3Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1 % MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,5 per il primo anno di attività, altrimenti ≥ 0,65)	100%	100%
B Emergenza sanitaria territoriale			
D.B.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	<= 18'
C Assistenza farmaceutica			
D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1 Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
	D.C.1.2 % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	≤ soglie Regione Veneto	≤ soglie Regione Veneto
D Assistenza Integrativa			
D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1 Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ 15 €	≤ soglia Regione Veneto
E Assistenza specialistica ambulatoriale			
D.E.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1 % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.2 % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.3 % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.4 % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.5 % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.6 % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	≥ 95%
	D.E.1.7 Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Aumento presa in carico rispetto all'anno precedente	Aumento presa in carico rispetto all'anno precedente
D.E.2 Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1 Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	≤ 40% o riduzione	diminuzione o mantenimento
F Assistenza Protesica			
D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1 Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	≤ 9,5 €	≤ soglia Regione Veneto

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2020	TARGET BIENNIO 2021-2022
H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale			
D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4	≥ 4
	D.H.1.2 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5	≥ 2,5
	D.H.1.3 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2	≥ 2
	D.H.1.4 % ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	≥ 15%
	D.H.1.5 % dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	≥ 15%
D.H.2 Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1 % standard rispettati	100%	mantenimento
D.H.3 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1 % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55%	≥ 55%
	D.H.3.2 % Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	≤ 20%
	D.H.3.3 Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5%	incremento o mantenimento
D.H.4 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	D.H.4.1 Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	100%
I Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale			
D.I.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1 % ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25%	diminuzione
	D.I.1.2 Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	diminuzione o mantenimento
T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio			
D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343	≤ 343
	D.T.1.2 % ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0	0
D.T.2 Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1 % azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2019	100%	100% rispetto al 2020
	D.T.2.2 Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	Standard Regione Veneto	Standard Regione Veneto

AREA C) ASSISTENZA OSPEDALIERA

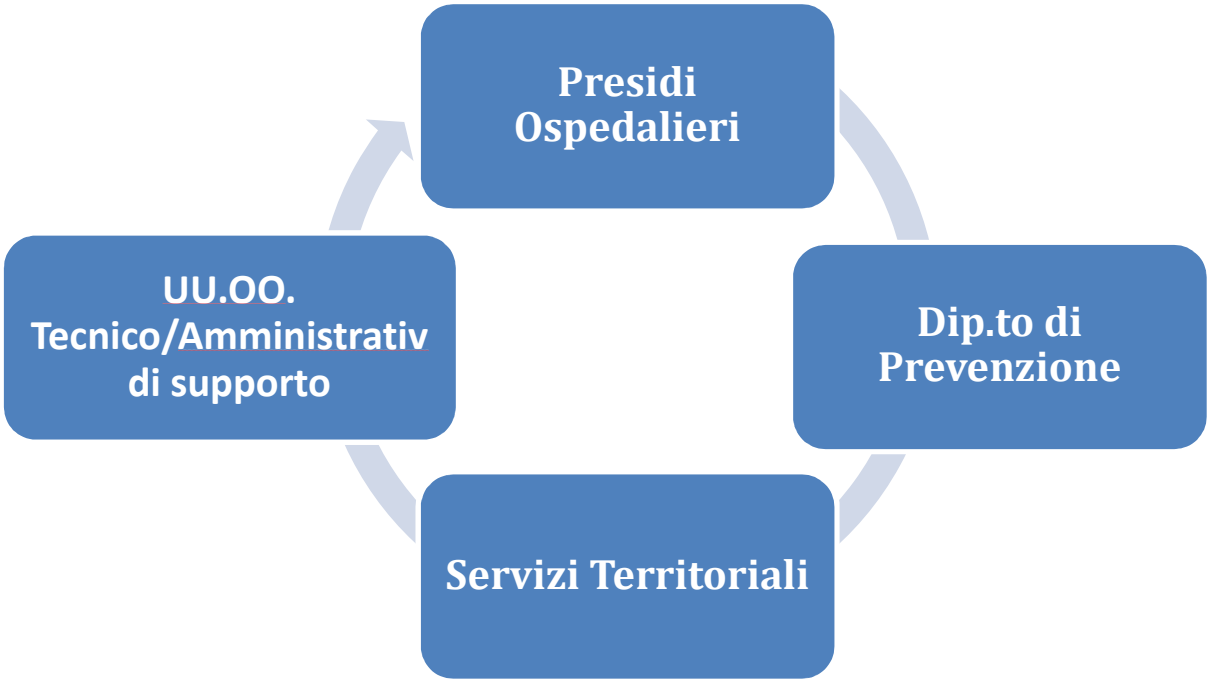
OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2020	TARGET BIENNIO 2021-2022
A Pronto soccorso			
O.A.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1 Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali			
O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1 Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
	O.T.1.2 Costo Dispositivi Medici	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
	O.T.1.3 Costo IVD	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
	O.T.1.4 Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
	O.T.1.5 % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	≤ soglie Regione Veneto	≤ soglie Regione Veneto
O.T.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1 % DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	≥90%
	O.T.2.2 % DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	≥90%
O.T.3 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1 % indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	≤ soglie Regione Veneto	≤ soglie Regione Veneto
	O.T.3.2 Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90%	≥ 90%
	O.T.3.3 Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90%	≥ 90%
	O.T.3.4 % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80%	≥ 80%
	O.T.3.5 % di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno
O.T.6 Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1 ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	O.T.6.4 ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481, per residenti RVE - casi	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	O.T.6.6 FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
	O.T.6.7 FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	miglioramento rispetto all'anno precedente	miglioramento rispetto all'anno precedente
O.T.7 Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	≤ 15%
O.T.8 Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2 Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	Rispetto indicazioni Regione Veneto	Rispetto indicazioni Regione Veneto
O.T.9 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1 N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Rispetto indicazioni Regione Veneto	Rispetto indicazioni Regione Veneto
O.T.10 Sviluppo della Rete Oncologica Veneta	O.T.10.3 Utilizzo del sistema informativo per la ROV	Primo avvio	Successiva implementazione

AREA D) PROCESSI DI SUPPORTO

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2020	TARGET BIENNIO 2021-2022
A Programmazione delle risorse			
S.A.1 Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	≤ 0
	S.A.1.3 Costo del Personale	≤ soglia Regione Veneto	≤ soglia Regione Veneto
S.A.2 Efficienza finanziaria	S.A.2.1 Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	≤ 0 gg
	S.A.2.2 Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0	≤ 0
S.A.3 Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1 Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit
S.A.4 Internal audit	S.A.4.1 Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero
B Informatizzazione			
S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	implementazione progetto secondo indicazioni regionali	implementazione progetto secondo indicazioni regionali
S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1 Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	implementazione progetto secondo indicazioni regionali	implementazione progetto secondo indicazioni regionali
S.B.5 Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1 % indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	100%
E Trasparenza e anticorruzione			
S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza e prevenzione della corruzione	S.E.1.1 Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione e degli adempimenti contenuti nel Piano di Prevenzione della Corruzione	SI	SI

QUADRO DI RACCORDO CON GLI OBIETTIVI 2020

Aree di assegnazione degli obiettivi aziendali:



Gli obiettivi aziendali 2020, che traggono riferimento dal quadro sinottico degli obiettivi triennali, declinati nei budget delle Unità Operative per l'anno 2020, sono raggruppabili nelle seguenti diverse aree di afferenza:

Ogni area è caratterizzata da specifici obiettivi che vengono qui di seguito rappresentati:

1. Area dell'**Efficacia Clinica**:

- Aderire agli standard di qualità previsti dal PNE:
  -Quota di colecistectomie laparoscopiche
  -Quota pazienti (+ 65 anni) con frattura del femore operati entro 2 gg
  -Quota di parti cesarei
  -Altri indicatori della TREEMAP

2. Area del **Governo dell'Appropriatezza:**

- Applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per garantire la corretta gestione del paziente cronico e complesso;
- Ridurre le prestazioni non appropriate della specialistica ambulatoriale, soprattutto nelle branche specialistiche con alto indice di consumo;
- Rispettare i tempi di attesa delle prestazioni traccianti e delle prestazioni di controllo;
- Rispettare i tempi di attesa per gli interventi chirurgici oncologici e non oncologici in regime di ricovero;
- Ridurre i tempi d'attesa per prestazioni di Pronto Soccorso;
- Uniformare le modalità di accesso ai servizi territoriali;
- Promuovere un maggiore utilizzo di farmaci genericati e biosimilari a minor costo;
- Assicurare il rispetto dei termini nei procedimenti amministravi e nei tempi di pagamento ai fornitori esterni

3. Area della **Performance Gestionale**:

- Promuovere la tutela della salute della popolazione, della sanità animale e del patrimonio zootecnico:
  -Rispettare gli standard di copertura per le vaccinazioni
  -Aumentare il livello di copertura degli screening;
- Migliorare la gestione dei ricoveri urgenti in area medica provenienti da Pronto Soccorso (attivazione piena del Progetto Trend Decreto Reg. 119/2018);
- Far convergere la durata media della degenza verso gli standard regionali;
- Completare la riorganizzazione della rete di offerta di prestazioni di Medicina di Laboratorio;
- Intraprendere azioni finalizzate al miglioramento del clima organizzativo aziendale;
- Attuare il «Progetto pilota della gravidanza a basso rischio ostetrico – BRO» come da DGR 228/2018;
- Organizzazione della rete ospedaliera e cure intermedie;
- Potenziare le attività della Centrale Operativa Territoriale;
- Assicurare l'assistenza domiciliare nel rispetto degli standard regionali, con particolare riguardo ai pazienti oncologici.

4. Area del **Sistema Informativo**:

- Sviluppare un'attenzione diffusa sui temi della trasparenza e anticorruzione;
- Coordinare l'implementazione delle procedure informatiche secondo gli indirizzi regionali ai fini dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e delle nuove procedure gestionali individuate dal livello regionale;
- Migliorare i percorsi comunicativi interni;
- Implementare le procedure operative coerentemente con le iniziative di internal auditing adottate dall'Azienda;
- Rispettare la tempestività e completezza dei flussi informativi regionali/ministeriali.

5. Area della **Sostenibilità Economica**:

- Rispettare i tetti di costo regionali

Tutti gli obiettivi programmati e declinati verranno costantemente monitorati e verificati dall'Azienda anche attraverso la predisposizione di appropriati strumenti di rendicontazione e la diffusione dei risultati a tutte le UU.OO. interessate. Questa attività di verifica consente di modificare e prontamente adeguare gli obiettivi al fine di recepire le modifiche che potranno intervenire in corso d'anno a seguito delle indicazioni regionali, rendendo sempre le attività aziendali conformi al contesto normativo ed agli impegni assunti.