



ULSS 3 SERENISSIMA

**PIANO DELLA PERFORMANCE
2017/2019**

E

**DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE
PER GLI OBIETTIVI DI BUDGET
2017**

Sommario

1. Introduzione.....	2
2. Il quadro di riferimento.....	3
Chi siamo	3
Valori e missione.....	3
L'azienda in cifre	4
Il territorio e la popolazione	4
Struttura aziendale ULSS 3 Serenissima	10
L'assistenza ospedaliera.....	10
L'assistenza specialistica	13
L'assistenza distrettuale.....	13
L'assistenza primaria	14
Il Dipartimento di Prevenzione	15
Il personale dipendente e convenzionato.....	15
La normativa di riferimento	17
3. Le linee programmatiche e gli obiettivi.....	20
Principi fondamentali programmatori.....	20
Obiettivi Piano Performance e Documento delle Direttive	23
QUADRO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE	31
4. Ciclo di gestione delle performance	39
Misurazione e valutazione delle performance	39
Il sistema di misurazione e valutazione delle performance	39
Metodologia Aziendale applicata	43
Programmazione.....	44
Formulazione del Budget	45
Svolgimento e misurazione dell'attività.....	45
Reporting e valutazione	46

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 la DGR n. 2205/2012 in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti in materia di trasparenza, 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.

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.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda, 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.

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 2017. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici da riportare nella scheda di budget delle Unità Operative.

Nella definizione della programmazione per il triennio 2017-2019 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 dall'esigenza di un doveroso ammodernamento dei servizi, territoriali e ospedalieri, per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici.

2. Il quadro di riferimento

Chi siamo

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

Valori e missione

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'impegnerà 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 abbisognano, 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 di efficacia.

L'organizzazione mira a perseguire la finalità del miglioramento continuo della qualità, mediante l'accrescimento del capitale umano, conseguibile con l'incremento delle conoscenze e competenze degli operatori, per la sicurezza del paziente e degli operatori, secondo gli indirizzi stabiliti dalla Regione del Veneto.

Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti dall'Azienda ha pertanto 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 s'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 alla presenza di risorse limitate, ed incentiva la partecipazione e la responsabilizzazione della cittadinanza, mediante la definizione di partnership di comunità. Crea in tal modo un servizio ed una struttura sostenibile, equa e solidale.

L'Azienda, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, agisce 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.

L'azienda in cifre

Il territorio e la popolazione

L'Ulss 3 Serenissima opera sul territorio della provincia di Venezia, costituito da 24 comuni (Immagine 1), con una popolazione complessiva di circa 600 mila abitanti.

Tale ambito territoriale è attualmente suddiviso in 4 Distretti:

Distretto 1 – Venezia Centro Storico, Isole, Estuario (ex Ulss 12)

Distretto 2 – Venezia Terraferma – Marcon e Quarto d'Altino (ex Ulss 12)

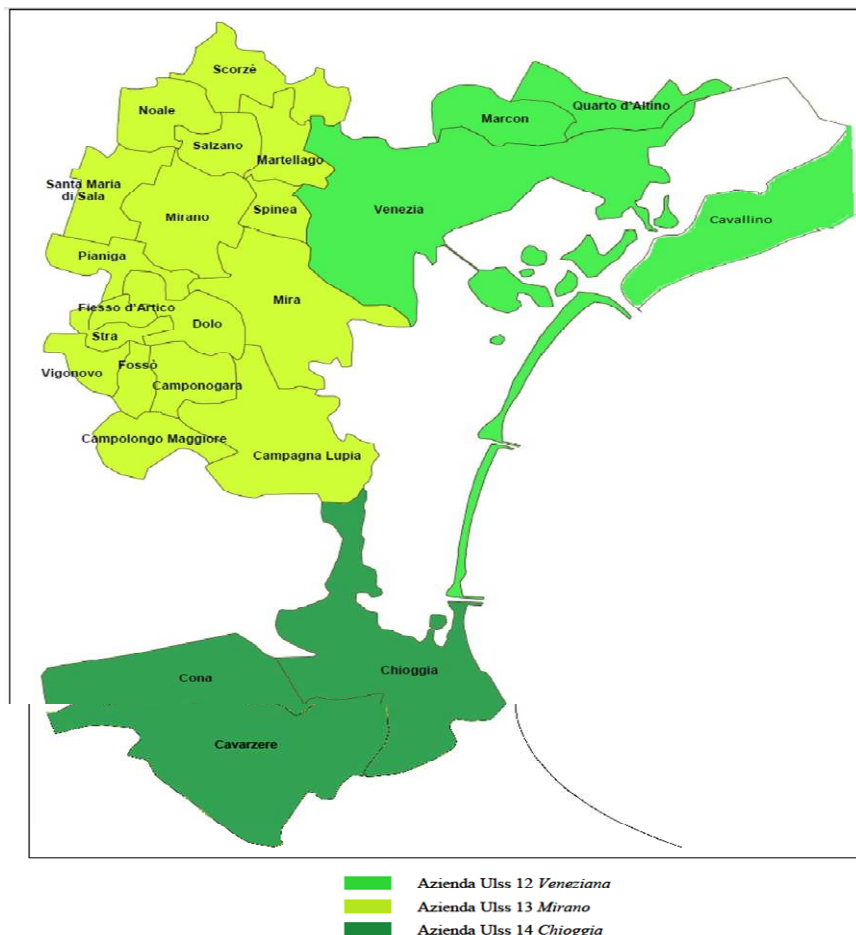
Distretto 3 – Mirano Dolo (territorio corrispondente alla ex Ulss 13)

Distretto 4 – Chioggia (territorio corrispondente alla ex Ulss 14)

L'estrema varietà delle aree del territorio gestito caratterizza profondamente l'ambito di riferimento dell'Azienda. In essa sono infatti presenti zone urbane della terraferma con le caratteristiche proprie delle aree ad alta densità abitativa e a forte vocazione produttiva, congiuntamente al territorio del centro storico veneziano, con gli elementi di specificità che lo contraddistinguono, anche per la forte presenza turistica, ed infine le aree insulari del territorio lagunare e del litorale, che conferiscono alla dimensione territoriale complessiva il suo carattere di frammentazione e dispersione.

L'ambito territoriale di competenza per l'anno 2017 comprende i 24 Comuni nella grafica sotto evidenziata.

Immagine 1: Mappa dei comuni dell'ULSS 3 Serenissima.



La superficie d'intervento è di 1.406,09 kmq con una popolazione residente di 640.355 abitanti al 1.1.2016. La densità della popolazione è di 455 abitanti per km².

Si allega successivamente, una tabella (Tabella 1), con un dettaglio della popolazione per le ex ULSS 12-13-14.

Tabella 1: Dettaglio demografico della popolazione dell'ULSS 3 Serenissima.

	EX ULSS 12	EX ULSS 13	EX ULSS 14	AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA
N. COMUNI	4	17	3	24
SUPERFICIE IN KM²	514	498	394	1.406
POPOLAZIONE AL 31.12.2015	302.440	271.031	66.884	640.355
DENSITA' ABITANTI / KM²	588	544	170	455

Il profilo dei consumi di prestazioni sanitarie è strettamente connesso, per tipologia e volumi, all'età degli utenti, con un'incidenza rilevante in presenza di popolazione anziana. L'Azienda Ulss 3 Serenissima si caratterizza per una fra le più alte percentuali, nel Veneto, di residenti in età superiore a 65 anni, con un valore del 24,2% contro una media regionale del 22% (anno 2015 – Grafico 1 e 2), caratteristica che incide in maniera importante sull'organizzazione delle strutture e sul livello dei costi dell'Azienda.

Grafico 1: % popolazione in età 65 e oltre delle Aziende Ulss del Veneto, anno 2015

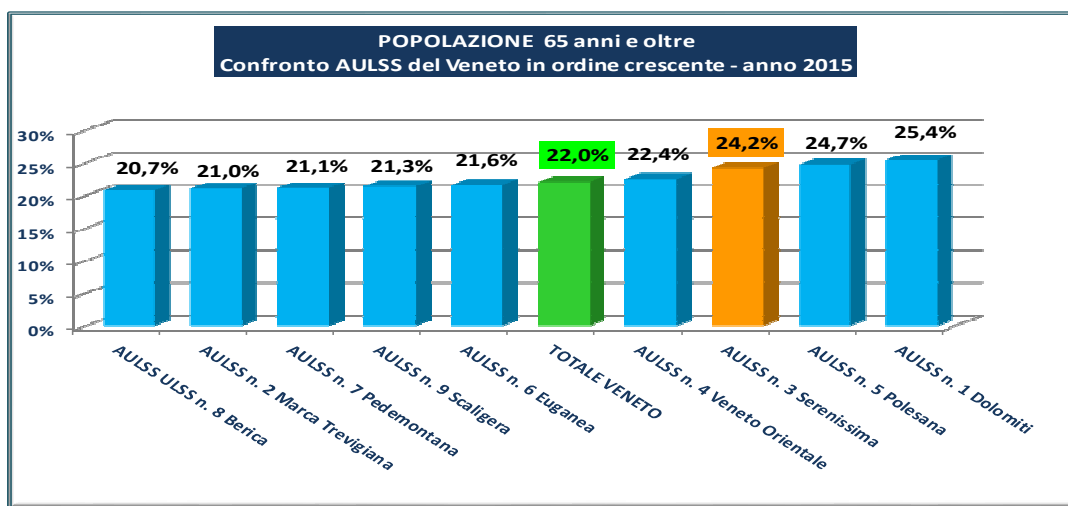
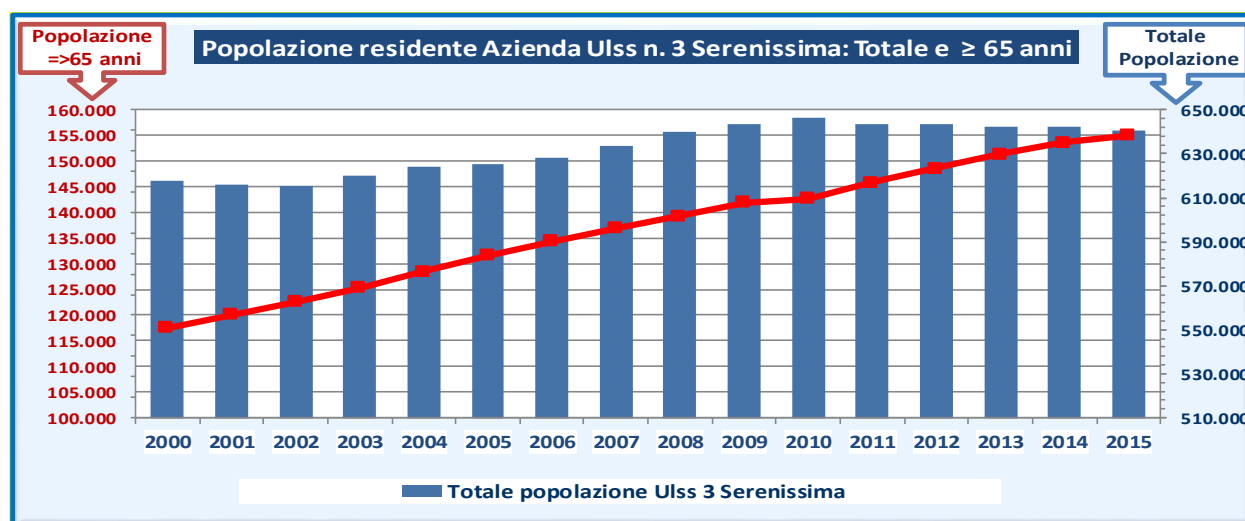


Grafico 2: Popolazione residente per fasce d'età Azienda Ulss 3 – Anno 2015

Popolazione residente per fasce d'età Azienda ULSS n. 3 Serenissima al 31/12/2015								
Fascia d'età	Aulss n. 3 Serenissima		di cui DISTRETTO 1 e 2		di cui DISTRETTO 3		di cui DISTRETTO 4	
	Totale	% rispetto al totale	Totale	% su totale Ulss 3 Serenissima	Totale	% su totale Ulss 3	Totale	% su totale Ulss 3
da 0 a 5 anni	30.416	4,7%	13.525	2,1%	14.233	2,2%	2.658	0,4%
da 6 a 14 anni	51.108	8,0%	23.011	3,6%	23.250	3,6%	4.847	0,8%
da 15 a 44 anni	209.524	32,7%	94.676	14,8%	92.696	14,5%	22.152	3,5%
da 45 a 64 anni	194.374	30,4%	90.762	14,2%	82.705	12,9%	20.907	3,3%
da 65 a 74 anni	77.236	12,1%	38.406	6,0%	30.346	4,7%	8.484	1,3%
da 75 oltre 100 anni	77.697	12,1%	42.060	6,6%	27.801	4,3%	7.836	1,2%
Totale Popolazione	640.355	100,0%	302.440	47,2%	271.031	42,3%	66.884	10,4%

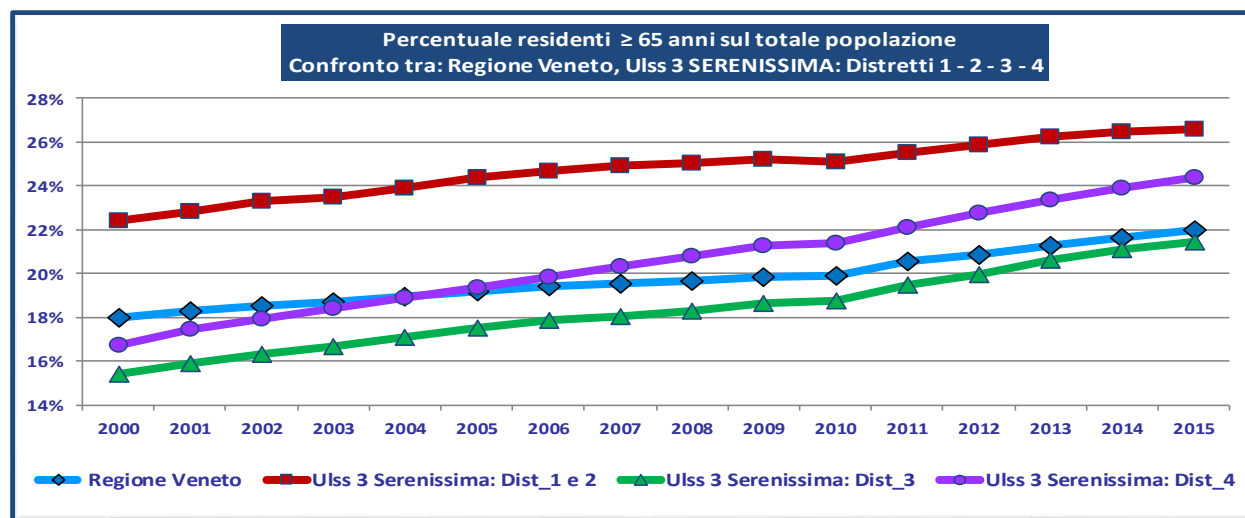
Il grafico seguente (Grafico 3) mostra l'andamento dal 2000 al 2015 della popolazione anziana dell'Azienda a confronto con il dato complessivo. Il *trend* del numero dei residenti in età 65 e oltre è costantemente crescente, con un'incidenza sulla popolazione totale via via sempre più elevata.

Grafico 3: Popolazione '65 e oltre' a confronto con popolazione Totale - residenti Ulss12, anni 2000 - 2015

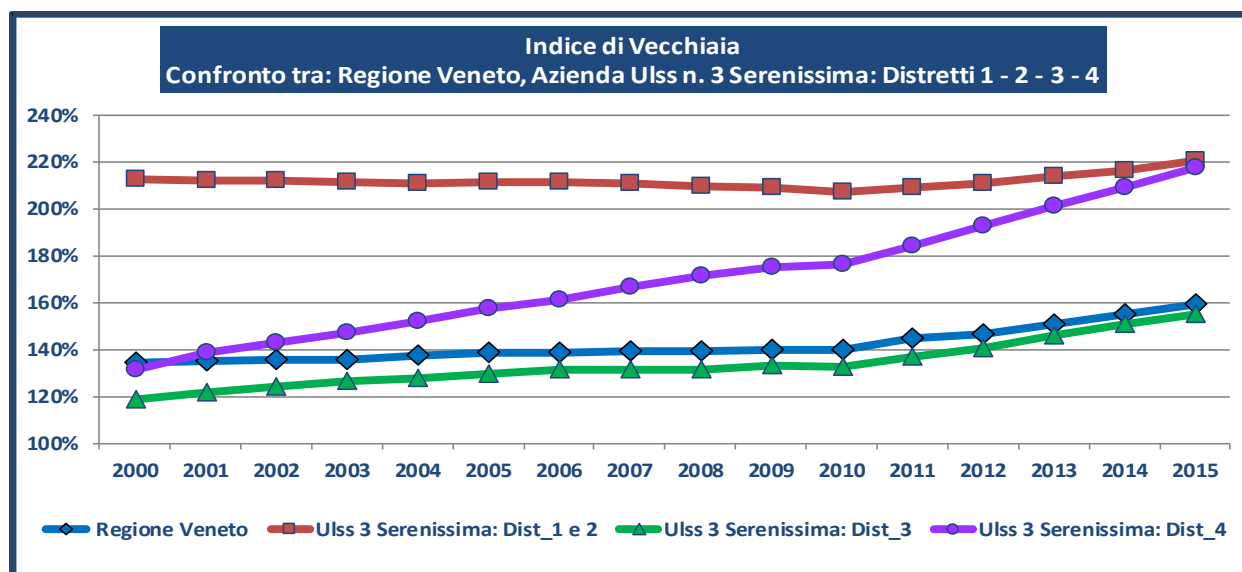


Concentrando l'analisi sulla popolazione residente nel territorio della ex Ulss 12 (Distretti 1 e 2), il dato d'incidenza della popolazione anziana cresce ulteriormente (Grafico 4), posizionandosi attorno al 27% della popolazione totale, come illustrato nel grafico seguente, che confronta tale ambito con la media degli altri distretti e con quella regionale.

Grafico 4: Popolazione '65 e oltre': confronto tra Distretti Ulss 3 e Regione Veneto.



Come indicato nel grafico successivo (Grafico 5), l'indice di vecchiaia (popolazione in età 65 e oltre / popolazione in età 0-14) conferma questa indicazione, con un valore nel 2015 attorno al 220% per i Distretti 1, 2 e 4, a fronte di una media regionale di circa il 159%.

Grafico 5: Indice di vecchiaia: confronto tra Regione Veneto e Azienda Ulss 3 Serenissima: Distretti 1 -2 -3 -4.

La tabella successiva (Tabella 2) pone a confronto la distribuzione della popolazione residente distinta tra i Distretti che compongono il territorio dell'Ulss 3.

Un tratto che emerge dalla lettura dei dati suddivisi per Distretto riguarda l'eterogeneità della composizione demografica tra i diversi territori. La popolazione che risiede nel Distretto 1 è notevolmente più anziana rispetto a quella degli altri Distretti e della Regione complessivamente considerata. La percentuale di residenti over 65 anni distinta per Distretto nel 2015 è la seguente:

- Distretto 1 (Venezia Centro Storico, Isole ed Estuario): 29,68%
- Distretto 2 (Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino): 25,08%
- Distretto 3 (Area ex Ulss 13): 21,12 %
- Distretto 4 (Area ex Ulss 14): 24,01 %

Tabella 2: Confronto popolazione 65 anni e oltre

Distretti Azienda Ulss n. 3 Serenissima Confronto popolazione 65 anni e oltre							
Distretti	2014			2015			Differenza 2015/2014
	totale residenti	di cui 65 anni e oltre	% 65 anni e oltre sul totale	totale residenti	di cui 65 anni e oltre	% 65 anni e oltre sul totale	
Distr_1 Area ex Ulss 12 <i>Venezia centro storico, Isole ed Estuario</i>	98.669	28.970	29,68%	97.604	28.923	29,63%	-0,05
Distr_2 Area ex Ulss 12 <i>Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'A.</i>	205.063	51.370	25,08%	204.836	51.543	25,16%	0,08
Distr_3 Area ex Ulss 13	271.260	57.239	21,12%	271.031	58.147	21,45%	0,34
Distr_4 Area ex Ulss 14	67.229	16.060	24,01%	66.884	16.320	24,40%	0,39
Totale	642.221	153.639	23,92%	640.355	154.933	24,19%	0,27

Alle conseguenze del particolare profilo demografico della popolazione residente, si aggiungono gli effetti dell'elevata presenza turistica, dovuta ovviamente all'attrazione esercitata dalla città di Venezia e delle località del litorale (Cavallino e Chioggia), con riflessi significativi anche nelle aree circostanti della terraferma.

Com'è evidente, il 70% di arrivi e presenze relativi al comune di Venezia si concentra nell'area del centro storico e del Lido. A questo dato va aggiunto quello relativo al territorio del Comune di Cavallino Treporti e di Chioggia. Per effetto del rilevante flusso turistico stagionale, la popolazione presente in estate nel Comune di Cavallino Treporti è pari a circa quattro volte la popolazione residente.

Struttura aziendale ULSS 3 Serenissima

Le macro articolazioni organizzative aziendali (Immagine 2) della nuova ULSS 3 Serenissima sono di seguito riportate:

Immagine 2: Organizzazione delle strutture afferenti all'ULSS 3 Serenissima.



Il nuovo atto aziendale sarà elaborato nel corso del 2017 sulla base delle nuove linee guida regionali in attuazione della legge 19/2016.

L'assistenza ospedaliera

La DGRV 2122/2013 definisce gli aspetti più rilevanti dell'attuazione di quanto previsto dal PSSR per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

Vengono differenziati i ruoli delle strutture ospedaliere nella rete assistenziale regionale attraverso la definizione puntuale delle funzioni di ogni struttura ospedaliera e della dotazione di posti letto per specialità. Il numero di posti letto previsti dalla programmazione per il 31 dicembre 2015 è di 17.448, rispettivamente 14.801 per acuti e 2.467 per riabilitazione. Vengono inoltre previsti ulteriori 807 posti letto per i pazienti provenienti da fuori regione.

L'ULSS 3 Serenissima ha una dotazione di Posti Letto pari a 2.347 unità distribuiti nel territorio dell'Azienda tra le sedi dei presidi ospedalieri pubblici e dei privati accreditati (Tabella 3) con una media di 3,7 posti letto ogni 1000 abitanti (Tabella 5)- periodo 2015.

Tabella 3: Posti letto e ricoveri ULSS 3 Serenissima.

OSPEDALI PUBBLICI	N. POSTI LETTO DGR 2122/2013	N. RICOVERI
OSPEDALE MESTRE	568	24.257
OSPEDALE VENEZIA	310	12.085
OSPEDALE DOLO	357	13.085
OSPEDALE MIRANO	290	12.347
OSPEDALE CHIOGGIA	238	7.027
OSPEDALE NOALE (*)	74	900
TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	1.837	69.701
(*) in attesa riconversione struttura intermedia riabilitativa		
OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	N. POSTI LETTO DGR 2122/2013	N. RICOVERI
POLICLINICO SAN MARCO	150	4.068
VILLA SALUS	182	4.879
IRCCS SAN CAMILLO	100	613
FATEBENEFRAELLI	78	1.011
TOTALE STRUTTURE PRIVATE AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	510	10.571
TOTALE AZIENDA ULSS N.3 SERENISSIMA	2.347	80.272

L'attività di ricovero erogata per la diagnosi e cura delle malattie e la riabilitazione per interventi di urgenza o emergenza e delle malattie acute (Tabella 4) che non possono essere trattate in ambulatorio o a domicilio sono stati circa 80 mila nel 2015.

Tabella 4: Aree posti letto ULSS 3 Serenissima.

POSTI LETTO PER AREA			
DGR 2122/2013	OSPEDALI PUBBLICI	OSPEDALI ACCREDITATI	TOTALE
AREA MEDICA	850	93	943
AREA CHIRURGICA	538	62	600
AREA MATERNO INFANTILE	211	7	218
AREA TERAPIA INTENSIVA	86	2	88
AREA RIABILITATIVA	152	346	498
TOTALE	1.837	510	2.347

Tabella 5: Posti letto per abitante ULSS 3 Serenissima.

POSTI LETTO PER 1000 ABITANTI	
EX ULSS 12	4,8
EX ULSS 13	2,7
EX ULSS 14	3,6
AZIENDA ULSS N.3	3,7

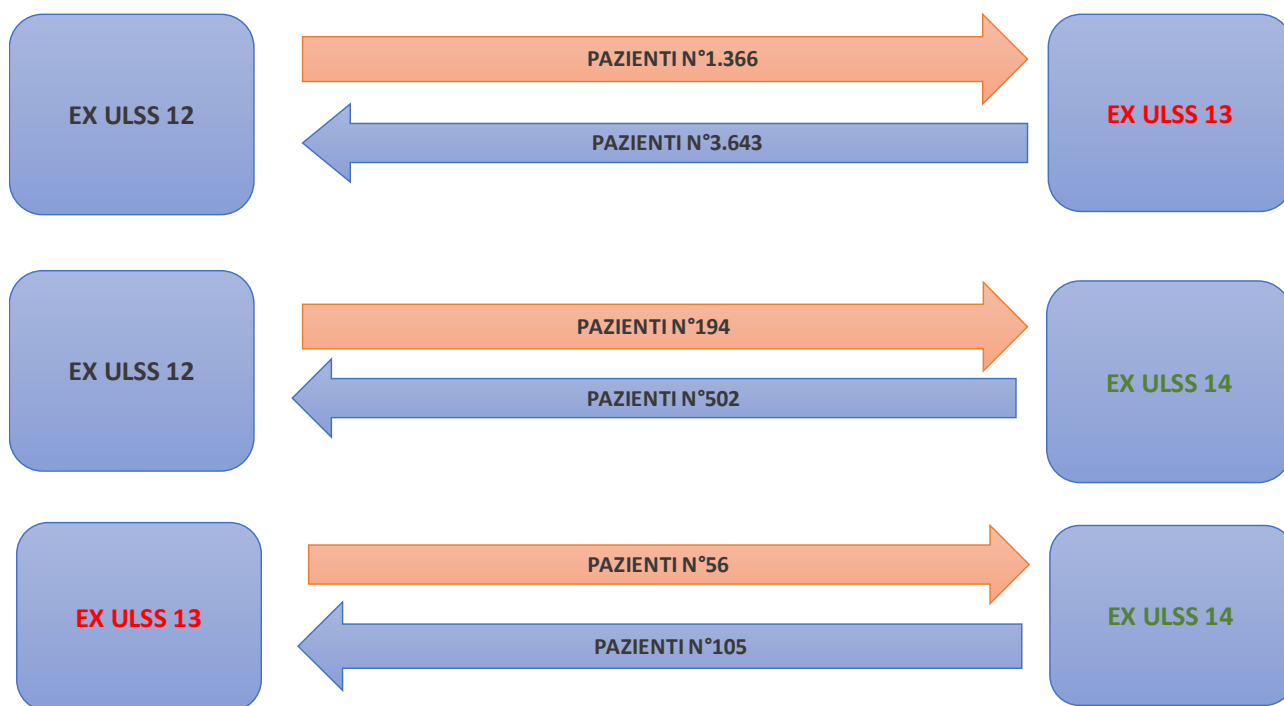
L'attività dei servizi di Pronto Soccorso è garantita nel territorio (Tabella 6) che hanno assicurato un'attività di cura ad oltre 230 mila accessi nel periodo 2015.

Tabella 6: Accessi pronto soccorso

PUNTI DI PRONTO SOCCORSO	NUMERO ACCESSI
OSPEDALE MESTRE	87.585
OSPEDALE VENEZIA	36.793
PPI LIDO	4.195
OSPEDALE DOLO	42.656
OSPEDALE MIRANO	37.820
OSPEDALE CHIOGGIA	24.863
TOTALE ACCESSI AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA	233.912

S'illustrano di seguito (Schema 1) i flussi della mobilità dei ricoveri tra le ex Ulss 12, ex Ulss 13 ed ex Ulss per dare evidenza della significativa integrazione tra i presidi ospedalieri dell'Azienda.

Schema 1: Analisi dei flussi di mobilità tra le ex Ulss 12- 13-14



L'assistenza specialistica

Le prestazioni ambulatoriali sono assicurate da ambulatori pubblici e privati accreditati dislocati in tutto il territorio aziendale (Tabella 7) e garantiscono l'erogazione dell'attività per un volume complessivo del periodo 2015 pari a 2,8 milioni di prestazioni.

Tabella 7: Attività specialistica (escluso branca 3: laboratorio analisi/sit/anatomia patologica)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI	EX ULSS 12	EX ULSS 13	EX ULSS 14	AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA
STRUTTURE PUBBLICHE	864.936	943.653	130.920	1.939.509
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	299.461	258.144	339.243	896.848
TOTALE GENERALE	1.164.397	1.201.797	470.163	2.836.357

L'assistenza distrettuale

I distretti sono le strutture operative che garantiscono un sistema socio-sanitario di risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

Complessivamente operano all'interno dell'Azienda 196 strutture extraospedaliere con una dotazione di posti letto pari a 5.449 (146 di tipo residenziale – Tabella 8- e 50 semiresidenziali – Tabella 9-) al fine di garantire assistenza alle categorie socialmente più deboli come anziani, soggetti non autosufficienti, disabili, malati psichiatrici, ecc.

Tabella 8: Strutture residenziali

STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE								
AREA	EX AZIENDA ULSS 12		EX AZIENDA ULSS 13		EX AZIENDA ULSS 14		TOTALE AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA	
	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	34	2.159	22	1.176	5	244	61	3.579
ALTRI NON AUTOSUFFICIENTI (hospice, odc, svp, sapa)	9	83	3	18	-	-	12	101
DISABILI	13	160	4	50	2	20	19	230
PSICHIATRICI	15	103	6	38	2	15	23	156
MINORI	17	142	1	8	1	6	19	156
DIPENDENZE	8	146	2	17	-	-	10	163
AIDS	2	17	-	-	-	-	2	17
							146	4.402

Tabella 9: Strutture semiresidenziali

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE								
AREA	EX AZIENDA ULSS 12		EX AZIENDA ULSS 13		EX AZIENDA ULSS 14		TOTALE AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA	
	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL	N.STRUTTURE	N. PL
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	4	98	4	80	2	44	10	222
DISABILI	11	228	13	276	4	83	28	587
PSICHIATRICI	2	120	2	30	2	28	6	178
MINORI	-	-	4	36	-	-	4	36
DIPENDENZE	1	15	1	9	-	-	2	24
							50	1.047

A livello territoriale, la rete dei servizi erogati si articola inoltre nei seguenti sedi di offerta suddivise per le tre ex ULSS che hanno costituito la nuova ULSS 3 Serenissima (Tabella 10).

Tabella 10: Strutture territoriali

PUNTI DI OFFERTA	EX ULSS 12	EX ULSS 13	EX ULSS 14	AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA
SEDI DISTRETTUALI	18	13	2	33
NUMERO STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI SPECIALISTICA	19	9	8	36
SEDI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	4	2	1	7
SEDI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	15	7	1	23
FARMACIE CONVENZIONATE	101	61	21	183

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 e ad assicurare una dimissione dei pazienti "protetta" attraverso un percorso che faciliti l'accesso ai servizi distrettuali.

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 444 Medici di Medicina Generale (MMG), 64 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 124 Medici di Continuità Assistenziale. Sono attive 10 Medicine di Gruppo Integrate e altre quattro sono autorizzate e in fase di attivazione.

Il Dipartimento di Prevenzione

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

Il personale dipendente e convenzionato

Nell'azienda ULSS 3 Serenissima opera personale dipendente (Tabella 11) e convenzionato (Tabella 12):

Tabella 11: Personale dipendente

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2016	EX AZIENDA ULSS 12	EX AZIENDA ULSS 13	EX AZIENDA ULSS 14	TOTALE
Infermieri	1.729	1.222	331	3.282
OSS	572	405	77	1.054
Amministrativi	396	195	82	673
Tecnici e Altro Personale Sanitario	760	447	117	1.324
COMPARTO	3.457	2.269	607	6.333
Medici	652	394	129	1.175
Veterinari	7	7	4	18
Altri dirigenti sanitari	64	38	9	111
Dirigenti PTA	22	16	6	44
DIRIGENZA	745	455	148	1.348
TOTALE DIPENDENTI	4.202	2.724	755	7.681

Tabella 12: Personale convenzionato

PERSONALE CONVENZIONATO IN SERVIZIO AL 31.12.2016	EX AZIENDA ULSS 12	EX AZIENDA ULSS 13	EX AZIENDA ULSS 14	TOTALE
Medici di Base	215	175	54	444
Pediatri Libera Scelta	29	30	5	64
Medici SAI	165	120	35	320
Medici di Continuità Assistenziale	84	28	12	124
TOTALE PERSONALE CONVENZIONATO	493	353	106	952
MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE	EX AZIENDA ULSS 12	EX AZIENDA ULSS 13	EX AZIENDA ULSS 14	TOTALE
ATTIVATE	3	5	2	10
AUTORIZZATE DA ATTIVARE	1	0	3	4

Sintesi dell'andamento del costo della produzione ed accenno alle tempistiche di pagamento

I costi della produzione delle Aziende che hanno costituito l'ULSS 3 Serenissima sono riportati nella tabella 13.

Tabella 13: Costi della produzione – anno 2015

	EX ULSS 12	EX ULSS 13	EX ULSS 14	TOTALE
TOTALE COSTO DELLA PRODUZIONE - ANNO 2015	746.187.479,27	445.253.762,44	138.375.945,64	1.329.817.187,35

L'indicatore di pagamento considerato è l'indicatore di tempestività dei pagamenti, come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014, che definisce in termini di giorni il ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture. Si rappresenta nella tabella che segue l'indicatore in oggetto per il periodo 2015 e del terzo trimestre 2016 (tabella 14) per ciascuna delle tre ex ulss che fanno parte dell'azienda.

Tabella 14: Indicatore di tempestività dei pagamenti - anno 2015-III trim 2016

	Ex ULSS 12	Ex ULSS 13	Ex ULSS 14	Totale
Indicatore di tempestività dei pagamenti - anno 2015	3,43	0,15	- 4,70	- 0,37
Indicatore di tempestività dei pagamenti - III trim anno 2016	- 3,21	- 10,15	- 13,46	- 8,94

L'indicatore è stato 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).

La normativa di riferimento

Il quadro di riferimento normativo principale è contenuto nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n.23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3.12.2012).

L'attuazione del piano avviene tramite le schede di programmazione ospedaliera e territoriali, approvate con DGRV n. 2122 del 19 novembre 2013 che indicano per azienda: numero e organizzazione dei presidi, specialità, reparti, posti letto, day-hospital, strutture intermedie e servizi ambulatoriali. L'adeguamento dell'organizzazione aziendale, secondo gli indirizzi previsti dal provvedimento di cui sopra, è prevista e contenuta nell'Atto Aziendale.

La programmazione aziendale è strettamente correlata alle seguenti due DGRV:

DRGV n. 2072/2015 "Determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto";

DGRV n. 2174 del 23 dicembre 2016: "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 che definiscono gli obiettivi con relativi indicatori di performance con riferimento all'anno 2016;

La DGRV 2072/2015 definisce gli obiettivi di pertinenza delle Aziende Ulss e li articola nelle seguenti aree tematiche:

- Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici;
- Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate;
- Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi;
- Equilibrio economico;
- Liste d'Attesa;
- Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

DGRV n. 2174 del 23 dicembre 2016: "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19". La deliberazione dà indicazioni in merito ai seguenti aspetti:

- Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale (allegato A);
- Lavori di edilizia sanitaria (Allegati B e B1);
- Assistenza territoriale e cure primarie (Allegati C, C1 e C2);
- Rete dei comitati etici (Allegato D);
- Unità di offerta di assistenza psichiatrica (Allegato E);
- Elenco degli erogatori privati accreditati (Allegato F);
- Piani di zona, registro unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, Impegnative di Cura Domiciliare (Allegato G);
- Verifiche in ordine ai requisiti previsti dalla LR n. 22/2002 in materia di autorizzazione e accreditamento per le Unità di Offerta Socio Sanitarie (Allegato H);

- Gestione sinistri e rischio clinico (Allegato I);
- Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica e sperimentazione (Allegato L);
- Strutture di Cure Intermedie (Allegato M);
- Nuovi codici ospedali (Allegato N);
- Organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria (Allegato O);
- Liste di attesa.

Si riportano inoltre le ulteriori principali disposizioni nazionali e regionali che delineano il quadro normativo di riferimento:

La legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ha fissato l'assetto programmatico, 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.

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.";

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;

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, 8, 9 e 10 del CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria del 17/10/2008 e artt. 6, 11, 12 e 13 del CCNL Area Dirigenza SPTA del 17/10/2008;

Delibera CIVIT n. 112 del 28.10.2010 che disciplina struttura e modalità di redazione del Piano delle Performance;

Legge n. 190/2012 in materia di "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

L.R. 23/2012 contenente Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione piano socio- sanitario regionale 2012-2016.

DGRV n. 2205/2012 "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza";

D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" che ha definito i principali obblighi di pubblicazione;

“Spending review”: D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni dalla L.135/2012 che, con la legge n.228/2012 (Legge di stabilità 2013) definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con l’obiettivo di una sostanziale riduzione dei costi del sistema;

DGRV n. 1428 del 6/8/2013, relativa all’adozione del piano pluriennale di rientro per gli esercizi 2013-2015 al fine della riconduzione del risultato economico al livello obiettivo di perdita di esercizio di cui alla DGR/CR 154/2012;

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”;

Decreto Ministero della Salute N. 70 del 2 Aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

Decreto del presidente della giunta regionale n° 193 del 30 dicembre 2015 “Nomina del dr. Giuseppe Dal Ben quale Direttore generale dell’Azienda ULSS n° 12 anche quale Commissario, ex art. 13 comma 8-duodecies della L.R. n° 56/1994, delle Aziende ULSS n.13 e n. 14”;

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” che individua e descrive le fasi del cronoprogramma del processo di assegnazione e valutazione degli obiettivi così come qui di seguito indicato:

- Definizione Piano delle Performance
- Predisposizione Documento di Direttive
- Negoziazione dei Budget
- Delibera approvazione Schede di Budget
- Predisposizione schede di valutazione dell’anno precedente
- Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget anno precedente
- Valutazione obiettivi individuali dell’anno precedente
- Relazione sulla Performance dell’anno precedente
- Monitoraggio intermedio obiettivi individuali
- Validazione da parte dell’OIV della Relazione sulla Performance dell’anno precedente
- Erogazione retribuzione di risultato a saldo dell’anno precedente

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”. Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

Circolare Regionale n° 529222 del 29/12/2016 ad oggetto: “ Piano di razionalizzazione della spesa per il triennio 2017/2019 – Indicazioni di dettaglio in attuazione della DGR 1969 del 6.12.2016 e in conformità alla deliberazione della Corte dei Conti, sez. autonomie, n. 34 SEZAUT/2016/QMIG del 7.12.2016 “Applicabilità del limite di spesa previsto dall’art. 1 comma 236, della legge n. 208/2015 alle economie aggiuntive provenienti dai Piani triennali di razionalizzazione e riqualificazione della spesa di cui ai commi 4 e 5 dell’art. 16 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98”.

3. Le linee programmatiche e gli obiettivi

Principi fondamentali programmatori

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo ed è quanto stato indicato nella Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012.

Con tale legge, è stato approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, successivamente modificato in base alle indicazioni ministeriali con la Legge Regionale n. 46 del 3 dicembre 2012 "Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute". Il PSSR individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2012-2016 ed è attuato dai provvedimenti specifici nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, adottati dai competenti organi regionali.

I principi fondamentali del vigente PSSR sono i seguenti:

- universalità ed equità;
- umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- sviluppo di strumenti di comunicazione ai cittadini (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici);
- promozione di progetti di formazione per gli operatori;
- integrazione socio-sanitaria:
- Comuni come enti di programmazione ed attuazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
- Strutture sanitarie territoriali come importanti snodi di riferimento ;
- integrazione ospedale-territorio:
- ammissione e dimissione protetta (*case manager* infermieristico, istituzione di un Coordinamento per la pianificazione e organizzazione delle attività Ospedale-Territorio);
- diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- sistemi informativi integrati a supporto dell'integrazione professionale;
- obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Territorio;

Le principali linee di azione relative all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale riguardano:

- l'Assistenza territoriale: rete di strutture di offerta articolate in riferimento ai diversi bisogni della popolazione
- l'Assistenza ospedaliera: rete ospedaliera su tre livelli:
 - Azienda Ospedaliera di Padova e Verona, che costituiscono strutture di riferimento regionali;
 - Ospedali identificati come hub con bacino di riferimento provinciale e sovra-aziendale;
 - Ospedali di rete, centri spoke con un bacino di circa 200.000 abitanti.

La DGR 2205/2012, richiamando le disposizioni del d.lgs 150, ha disposto in capo alle Aziende l'obbligo di adottare i seguenti documenti, strumenti e metodi:

- il Piano delle Performance;
- il Documento delle Direttive, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017 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. Viene inoltre data evidenza ai cosiddetti progetti "incentivanti" per ciascuna unità operativa nell'ottica di una trasparente gestione delle risorse collegate al raggiungimento di obiettivi specifici;
- il Sistema di Reporting con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative.

Il Piano della Performance Triennale, previsto dal Titolo II del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, costituisce il documento programmatico che, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati dell'Azienda e dei suoi attori.

Il decreto sopra citato pone l'accento sull'importanza della ricerca del continuo miglioramento della prestazione e dei servizi resi, spingendo le aziende a realizzare un passaggio dalla cultura dei mezzi (fattori di input) a quella dei risultati (fattori di output).

La misurazione e la valutazione della performance riguardano l'amministrazione nel suo complesso, le unità operative o aree di responsabilità in cui essa si articola ed i singoli dipendenti.

Il Piano della performance è articolato su un orizzonte temporale triennale e, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi strategici (triennali) ed operativi (annuali). Essendo un atto di programmazione a medio/breve periodo, il Piano delle Performance 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 documento esplicita e declina la programmazione ospedaliera e territoriale, sanitaria e socio sanitaria secondo gli indirizzi e le direttive individuati dalla Direzione Strategica. Il raccordo tra il Piano della performance e gli obiettivi annuali del 2017 avviene mediante la predisposizione del Documento di Direttive.

Il Documento di Direttive per l'anno 2017 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 le Unità Operative coinvolte soprattutto alla luce del nuovo assetto aziendale determinato dall'applicazione della Legge Regionale n. 19/2016 che dispone la riduzione del numero delle aziende Ulss portandole da 21 a 9; al contempo, esso rappresenta il riferimento essenziale per la gestione del processo di budget per l'anno 2017.

La programmazione strategica dell'Azienda non può prescindere dall'attuazione della Legge regionale 19/2016 in merito alle disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS favorendo tutte quelle dinamiche di integrazione e di riorganizzazione che tale legislazione comporta nella programmazione sanitaria locale. Inoltre, nella logica di una lettura comune delle necessità e delle prospettive di sviluppo del sistema socio-sanitario a livello provinciale, devono essere individuate aree a valenza interaziendale, nonché linee strategiche da condividere tra le ex Ulss 12, 13 e 14. Si dovrà perseguire l'obiettivo di uno sviluppo integrato del

sistema socio-sanitario mediante l'implementazione di modelli organizzativi atti a garantire la continuità dell'assistenza e l'impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Nella realtà che deriverà dall'unificazione delle Aziende Ulss risulta di grande importanza identificare le migliori pratiche, valutandone la trasferibilità in una logica di sistema.

L'Azienda fa propri e persegue gli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale ed assegnati al Direttore generale all'atto del conferimento dell'incarico ed annualmente aggiornati, assicurandone il conseguimento, nell'arco temporale definito, mediante l'esercizio dell'autonomia imprenditoriale.

Inoltre la Direzione aziendale s'impegna a monitorare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi posti, predisponendo appropriati strumenti di rendicontazione, e comunicando i risultati a tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo nella gestione aziendale.

In generale, viene posto come obiettivo prioritario il miglioramento continuo degli standard qualitativi dei servizi, la promozione della salute sul territorio, la realizzazione di efficaci modalità di assistenza, anche di tipo domiciliare, l'introduzione e l'applicazione di nuovi strumenti terapeutici e di nuove tecniche di diagnosi e cura finalizzate al raggiungimento di una maggiore efficienza operativa, l'aggiornamento del personale, il sistematico rinnovamento e revisione delle strutture e delle attrezzature, nell'ambito delle risorse disponibili.

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 per il 2017 e che l'Azienda s'impegna a garantire e, ove possibile, a migliorare nel biennio successivo (2018/2019).

Obiettivi Piano Performance e Documento delle Direttive

Con il Documento di Direttive, strumento di Programmazione annuale, viene esplicitato il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017.

OBIETTIVI STRATEGICI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici derivanti dalla programmazione regionale raggruppati in macro aree:

Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici

• **Qualificare la presa in carico del cittadino utente al fine di garantire la continuità assistenziale, privilegiando una logica di rete, sia all'interno dell'Ospedale che nella relazione con il Territorio nell'ambito dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.**

In tale ottica, l'esigenza di mantenere il tasso di ospedalizzazione in linea con lo standard regionale e di riservare l'ospedale come luogo in cui viene affrontata la fase acuta e complessa dell'assistenza sanitaria, va compensata da un maggiore impegno dei servizi territoriali.

La DGR 2122/2013 sulle schede di dotazione ospedaliera e l'avvio delle strutture di ricovero intermedio orienta le scelte e le azioni aziendali ponendo come obiettivi strategici il potenziamento dell'assistenza domiciliare, il rafforzamento della rete delle cure palliative e lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'ospedale al territorio.

I servizi territoriali devono garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione, ponendosi quale centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi aziendali, in grado di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della comunità, in particolar modo per quel che riguarda le condizioni di cronicità, in un contesto in cui queste patologie hanno ormai preso il posto di quelle acute come problema dominante per la salute.

A supporto dell'integrazione Ospedale-Territorio, la Centrale Operativa Territoriale rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale, svolgendo un'importante funzione di coordinamento delle attività per la presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i diversi soggetti della rete assistenziale.

• **Attuare la legge regionale 19/2016 in merito alle disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS**

L'Azienda in attuazione delle disposizioni della legge 19/2016 dovrà perseguire l'obiettivo di uno sviluppo integrato del sistema socio-sanitario atto a garantire la continuità dell'assistenza e l'impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Al fine dell'unificazione delle Aziende Ulss risulta di grande importanza identificare le migliori pratiche, valutandone la trasferibilità in una logica di

sistema. Il nuovo assetto istituzionale dovrà dotarsi dell'atto aziendale in ottemperanza delle nuove linee guida regionali.

• Sviluppare il rispetto e l'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), per garantire la corretta gestione del paziente cronico e complesso.

I PDTA vanno intesi come l'applicazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, ovvero come strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

L'Azienda riconosce nei Percorsi Assistenziali lo strumento attraverso cui garantire la corretta gestione del paziente cronico e complesso, assicurandone la presa in carico. In tal senso, l'Azienda intende promuovere la definizione e la corretta applicazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali), intesi quali modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi a specifiche categorie di pazienti, affetti da patologie per le quali vi è maggior criticità nell'accesso alle prestazioni. Per favorire il conseguimento di tale obiettivo, l'Azienda agisce assicurando la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli attori interessati (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali interni, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc.), anche mediante l'impiego degli strumenti della negoziazione di budget, dotandosi altresì delle soluzioni organizzative e tecnologiche più opportune. I principali PDTA attivati sono: quelli elaborati dal Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale Territorio riguardanti le principali terapie di riabilitazione, il PDTA per il trattamento del tumore mammario, quelli relativi al Diabete e Piede diabetico e quelli relativi alle patologie neurodegenerative e per la Sclerosi Multipla.

Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi

• Accrescere la sensibilità sul tema della prevenzione e della tutela della salute e riorientare i servizi anche sulla base del nuovo assetto territoriale.

Mantenere i tassi di adesione alle vaccinazioni garantendo un'elevata copertura vaccinale, consolidare gli screening oncologici e tendere agli obiettivi regionali per quanto riguarda i tassi di adesione, incentivando tutte le azioni di educazione sanitaria e di prevenzione nel campo delle nuove emergenze epidemiologiche (patologie cardiovascolari, tumori prevenibili con screening, diabete, obesità, incidentalità stradale e negli ambienti di vita e di lavoro) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Tali interventi sono volti a ridurre la morbosità e l'incidentalità, generando ricadute positive, oltre che sul livello e qualità della vita, anche sui costi del sistema sanitario.

• Sviluppare un'attenzione diffusa sul tema dell'appropriatezza delle prestazioni e del governo clinico, privilegiando la gestione per processi.

La nuova organizzazione delle Ulss deve caratterizzarsi per una sostanziale revisione dei processi e per la condivisione di molti protocolli nelle diverse aree cliniche. E' pertanto opportuno prevedere l'attivazione di gruppi di lavoro per area tematica (disciplina/specialità) cui affidare il

compito di formulare proposte di riorganizzazione dei processi e condivisione dei protocolli nelle diverse aree cliniche.

Elementi di riferimento per l'elaborazione delle proposte sono costituiti dal rispetto degli standard del D.M. 70/2015 (*standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*), dagli obiettivi assegnati dalla Regione alle Aziende Ulss; dal Piano Nazionale Esiti.

• **Esercitare ogni possibile azione per migliorare la performance in riferimento agli obiettivi di efficacia/efficienza dell'Assistenza Sanitaria** in sintonia anche con le migliori performance a livello nazionale monitorate nell'ambito di un progetto coordinato dalla Regione Veneto e dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa. I numerosi indicatori di valutazione individuati si riferiscono alle seguenti aree/dimensioni:

- il miglioramento del livello di salute della popolazione;
- la capacità di perseguimento delle strategie regionali;
- la qualità, l'appropriatezza, l'efficienza e la capacità di governo della domanda e della risposta;
- la valutazione che gli utenti danno dei servizi sanitari che utilizzano;
- il livello di soddisfazione del personale;
- l'utilizzo economico ed efficiente delle risorse, sia a livello complessivo (di bilancio) sia a livello specifico.

Per quanto riguarda le attività di ricovero si dovranno migliorare le performance dei tradizionali indicatori di attività, quali, ad esempio:

- allineare la degenza media ai valori di riferimento regionali
- ridurre la degenza media preoperatoria
- garantire un efficiente utilizzo dei posti letto con elevato tasso di occupazione
- ridurre la % ricoveri dei pazienti over 65 con valori di degenza superiore al valore soglia dello specifico DRG.

Ogni area del progetto viene monitorata attraverso numerosi indicatori che danno la misura del raggiungimento degli obiettivi perseguiti nonché del grado di scostamento rispetto ai valori di riferimento regionali e delle altre aziende partecipanti al progetto.

• **Consolidare e potenziare il sistema per la gestione del rischio clinico** attraverso le azioni di:

- Promozione e sviluppo di un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori;
- Potenziamento dei flussi informativi attivati, rendendoli strutturati e sistematizzati in un unico sistema informativo organizzato, al fine di costituire una banca dati completa ed aggiornata;
- Potenziamento dell'utilizzo del consenso informato;
- Promozione e realizzazione di programmi di formazione sulla sicurezza del paziente, con particolare riferimento ai sistemi di rilevamento e di analisi degli eventi avversi.

- Mantenimento a regime del sistema dell'incident reporting, della segnalazione dei sinistri e degli eventi sentinella

Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

- **Implementare azioni di miglioramento dell'efficienza organizzativa e in diverse aree operative da cui conseguano maggiori economie di gestione.**

La attività interessate sono:

- gestione del patrimonio immobiliare, con riguardo agli immobili acquisiti in locazione e di proprietà dell'ente, suscettibili di interventi di razionalizzazione;
- acquisizione di servizi di qualsiasi tipologia, anche mediante gara esperita da soggetto aggregatore;
- spese derivanti dal completamento dei processi di informatizzazione;
- spese di funzionamento relative ai soggetti accreditati per l'attività ambulatoriale, con particolare riferimento al laboratorio di analisi;
- spese rilevate alla voce di Conto Economico "Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato", con particolare riferimento alle prestazioni aggiuntive ex Legge n. 1/2002;
- acquisizione di forniture di qualsiasi tipologia, inclusi i noleggi di vetture, le utenze telefoniche, i servizi informatici;
- spese relative all'amministrazione generale e di consulenza.

• **Assicurare il processo di budgeting** dell'Azienda, che rappresenta un consolidato strumento operativo e rappresenta un valido supporto per il coordinamento tra le strutture aziendali al fine di programmare le attività e rimodulare la gestione nel caso di situazioni difformi rispetto agli obiettivi programmati, nonché per razionalizzare l'uso delle risorse ed assicurare la verifica dell'evoluzione e della dinamica dei costi a confronto con l'attività erogata e gli obiettivi prestazionali conseguiti.

La negoziazione di budget è vincolata dalle risorse disponibili soprattutto anche in riferimento agli obiettivi economici contenuti nella DGRV 2072/2015 per cui l'azione di costante e rigoroso monitoraggio delle dinamiche di spesa rappresenta uno dei principali elementi di governo. A supporto di queste attività si prevede di continuare nell'ulteriore progettazione e sviluppo della componente del sistema informativo direzionale (DSS) finalizzata a produrre un valido reporting.

E' inoltre in atto un percorso operativo finalizzato alla produzione di un sistema di reporting unico ed integrato interaziendale da rendere disponibile per la direzione. Questo obiettivo riveste particolare importanza perché consente una continua valutazione delle performance delle diverse UU.OO aziendali. L'approccio e l'ambizione che ispirano il progetto sono quelli di tradurre i dati raccolti dai sistemi a supporto della gestione (dipartimentali) in informazioni utili per i processi decisionali, da cui trarre elementi di valutazione essenziali per elaborare eventuali strategie anche a livello di area vasta.

• **Monitorare l'appropriatezza prescrittiva nei farmaci:** l'Azienda intende migliorare la performance relativa ai tassi di appropriatezza prescrittiva in particolare dei farmaci ad alto costo

(ipertensione arteriosa, dislipidemie, osteoporosi, malattie respiratorie, biosimilari, farmaci del pht, farmaci equivalenti).

• **Mantenere i già ottimi risultati ottenuti in ogni Distretto per la farmaceutica territoriale, in termini di contenimento del costo pro-capite pesato** che nel 2016 è stato sempre inferiore al costo medio regionale. L'Azienda, in questo ambito, continuerà ad elaborare nuove linee di azione riguardanti:

- l'adozione di iniziative sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva, per il miglioramento delle attuali performance aziendali relative ai nuovi indicatori di appropriatezza definiti della Regione;
- il mantenimento e consolidamento della distribuzione diretta per i farmaci in DPC;
- una migliore gestione dei farmaci presso i Centri di Servizio;
- un puntuale e sistematico monitoraggio delle prescrizioni dei MMG accompagnato da incontri periodici soprattutto con i medici che presentano particolari profili prescrittivi non coerenti con la media aziendale.

• **Promuovere in generale l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse** (personale, attrezzature, farmaci, spazi, ecc.), **al fine del rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione Veneto**. In particolare è necessario rispettare i tetti di spesa riguardanti: Personale, Farmaceutica Territoriale, Farmaceutica Ospedaliera, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa ed Assistenza Protesica. Inoltre deve essere garantito il rispetto dei costi procapite pesati definiti per la distribuzione diretta di classe A e H, nonché il rispetto del costo procapite assegnato per l'AIR di diabete, celiachia, Insufficienza renale cronica (IRC), malattie metaboliche congenite e Sindrome di Sjogren. Tutto ciò per assicurare ogni possibile sforzo per raggiungere l'obiettivo di un risultato economico e di un costo della produzione compatibili con il valore di riferimento regionale.

Liste d'Attesa

• Rispettare i tempi di attesa delle prestazioni traccianti.

In considerazione della nuova definizione dei bacini territoriali di riferimento, l'Ulss 3 Serenissima, in base a quanto disposto dalla L.R. n.30/2016, s'impegna a garantire quanto più possibile i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente nell'ambito del Distretto di appartenenza dell'assistito. Solo nel caso in cui non sia possibile il rispetto dei tempi di erogazione a livello distrettuale, l'Azienda attiverà specifiche azioni per assicurare anche la "presa in carico" dell'assistito, al fine di consentire l'erogazione della prestazione nel più breve tempo possibile rispetto alla classe di priorità.

Le classi di priorità sono lo strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie e sono:

- classe U (Urgente);
- classe B (Breve Attesa);
- classe D (Differita);
- classe P (Programmabile).

Ad ogni classe di priorità corrisponde una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria, come di seguito indicato:

- classe U entro 24 ore dalla presentazione;
- classe B entro 10 giorni dalla prenotazione;
- classe D entro 30 giorni dalla prenotazione;
- classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

L'Azienda si impegna a garantire le visite e gli accertamenti di controllo nel tempo previsto dal medico proscrittore e, al fine di rafforzare l'integrazione ospedale territorio tenderà, ove possibile, a potenziare il teleconsulto tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

I risultati ottenuti fino ad ora sono positivi e addirittura superiori agli standard regionali per le classi di Priorità breve, differita, programmata.

L'Azienda attiverà nel corso del 2017 le necessarie funzionalità tecniche al fine di rendere interoperabili i differenti sistemi informatici CUP attualmente presenti nei 3 ambiti territoriali.

• Migliorare i tempi di attesa per i ricoveri chirurgici

Altra area su cui l'Azienda intende impegnarsi è quella di migliorare le percentuali di soddisfazione dei tempi di attesa dell'attività di ricovero, particolarmente per: Ricovero Chemioterapia, Intervento per tumore al polmone; Intervento per tumore al colon retto.

In generale l'Azienda intende avviare un percorso organizzativo in grado di assicurare adeguati tempi di attesa per gli interventi chirurgici in regime in ricovero correlati alle classi di priorità, come indicati dalla L.R. n. 30/2016, ed a partire dai pazienti oncologici.

Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

• **Attivare e presidiare tutti i flussi informativi** e convergere gradualmente verso un uniforme utilizzo di tutte le procedure presenti nelle ex Aziende Ulss 12, 13 e 14.

S'intende perseguire l'obiettivo di potenziare l'informatizzazione sviluppando progetti inerenti la firma digitale, la prescrizione telematica di specialistica e farmaceutica, coerentemente con la definizione del Fascicolo Sanitario Elettronico, nell'ambito delle linee strategiche definite dalla Regione.

Implementazione misure di prevenzione della corruzione

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità aziendale, prevista nel Piano triennale, sarà quella di consentire l'omogeneizzazione dei processi/procedimenti a rischio di corruzione delle 3 ex aziende ULSS che hanno costituito la nuova Azienda ULSS 3 Serenissima, che dovranno essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di adeguate misure di prevenzione.

Si andrà progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio di corruzione implementando l'albero della trasparenza sulla base del D.Lgs 97/2016, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione. Per prevenzione della corruzione si è inteso considerare in senso lato tutti i fenomeni di maladministration, che possono presentarsi nei processi di attività aziendali. Per ciascuna area a rischio alto mappata verranno valutate le misure di prevenzione già esistenti, proposte quelle nuove, o considerate eventuali necessari e implementazioni, per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, cercando di applicare prioritariamente le misure preventive, che in termini di costi economici ed organizzativi, non superino i benefici attesi.

Nel processo di gestione del rischio verranno coinvolti tutti i Dirigenti responsabili delle strutture, le posizioni organizzative ed i dipendenti predisponendo i seguenti documenti:

- il nuovo codice di Comportamento aziendale che prevede principi etici e regole di comportamento specifiche;
- Regolamento accesso generalizzato (FOIA);
- Regolamento antiriciclaggio;
- Predisposizione piano formativo sulla prevenzione della corruzione.

Sviluppare l'identità dell'azienda, il senso di appartenenza ed implementare il potenziale professionale aziendale

L'identità aziendale e lo sviluppo del senso di appartenenza alla neonata ULSS n. 3 Serenissima è uno degli elementi per fornire i migliori servizi socio-sanitari alle persone.

Le azioni da porre in essere pertanto riguardano lo sviluppo della comunicazione verso l'esterno dei servizi erogati dall'Azienda e la comunicazione verso l'interno.

La comunicazione esterna si propone di aprire un dialogo con l'ambiente, illustrare l'offerta dei servizi, creare percezioni corrette sulla gestione degli stessi, approfondire una educazione alla salute.

La comunicazione interna svolge un ruolo di indirizzo tra le direzioni e il personale, permettendo una diffusione orizzontale delle informazioni, ma aprendo contemporaneamente un canale di dialogo tra i vertici e la base, e creando, allo stesso tempo, una rete operativa fra le varie istituzioni. Costruisce e trasmette un'identità aziendale che rafforza il senso di appartenenza all'ente e, nello stesso tempo, diffonde all'esterno un'immagine degli obiettivi raggiunti e di quelli che l'Azienda si propone di realizzare.

Uno degli strumenti di verifica dell'efficacia della gestione dei sistemi operativi aziendali è la misurazione del benessere organizzativo e del clima interno. Per benessere organizzativo, si intende comunemente la capacità dell'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori a tutti i livelli ed i ruoli. Tale concetto si riferisce quindi al modo in cui le persone vivono la relazione con l'organizzazione in cui lavorano: tanto più una persona si sente di appartenere all'organizzazione più trova motivazione e significato nel suo lavoro. A tale scopo nel corso del 2017 sarà misurato il clima interno aziendale attraverso la metodologia del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Tale metodologia prevede l'utilizzo di un questionario per rilevare la percezione degli aspetti della vita di un'organizzazione, rappresenta un mezzo per individuare e misurare le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato che strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un "clima interno" sereno e partecipativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che, migliorando il clima di lavoro all'interno dell'organizzazione, hanno effetti positivi sulla salute mentale e fisica dei lavoratori e consentono di incrementare la produttività dell'organizzazione stessa e migliorare il rapporto con le persone interne ed esterne.

Ulteriore elemento di miglioramento delle performance aziendali è lo sviluppo del potenziale professionale. La formulazione del piano della formazione dovrà pertanto tenere conto dei risultati del questionario di rilevazione del clima interno da dove si evince come l'organizzazione investe 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.

Nel sottostante quadro sinottico degli obiettivi vengono esplicitati gli obiettivi aziendali triennali derivanti dalla programmazione regionale.

QUADRO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

AREA A) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018-2019
A.1	Adeguamento della organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 P SSR 2012-2016		
A.1.1	Sviluppo del modello di Centrale Operativa	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.1.2	Programmazione dello sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate e attivazione delle stesse secondo la DGR n.751	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.1.3	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 P SSR 2012-2016		
A.2.1	Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta.	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.2.2	Contestualizzazione Aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 P SSR 2012-2016		
A.3.1	Mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione al 135‰	≤ 135,00%	≤ 135,00%
A.3.2	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	Sì	Mantenimento / Miglioramento
A.3.3	Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto della DGR 1173/2014	Sì	Mantenimento / Miglioramento

AREA B) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018 – 2019
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale		
B.1.1	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016 anche a titolo di rinegoziazione o rinnovo	Sì	Mantenimento / Miglioramento
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA		
B.2.1	Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	Sì	Mantenimento / Miglioramento
B.3	Applicare politiche di Autoassicurazione		
B.3.1	Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes	Termini fissati dalla procedura interna o esterna	Mantenimento / Miglioramento
B.3.2	Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager - a seguito di sinistro/evento - per il monitoraggio della loro efficacia	Sì	Mantenimento / Miglioramento
B.3.3	Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)	Sì	Mantenimento / Miglioramento

AREA C) Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018- 2019
C.1	Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici		
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 2016)	Tutte > 95%	Tutte > 95%
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%	> 95%
C.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)	≥ 75%	≥ 75%
C.1.4	Adesione "corretta" per screening mammografico	≥ 90%	≥ 90%
C.1.5	Adesione "corretta" per screening citologico	≥ 60%	≥ 60%
C.1.6	Adesione "corretta" per colon-retto	≥ 65%	≥ 65%
C.1.7	Rispetto della Programmazione Regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)	Sì	Mantenimento / Miglioramento
C.2	Raggiungimento della percentuale del 5% delle Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale		
C.2.1	Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale (Indicatore 4 Griglia LEA 2016)	≥ 5%	≥ 5%
C.3	Appropriatezza delle cure ospedaliere		
C.3.1	Controlli Sanitari Svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione di alimenti: percentuali di ispezioni e campionamenti effettuati sul totale dei programmati (indicatore 6.2 della Griglia LEA 2016)	≥ 160	≥ 160
C.3.2	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale: percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (indicatore 6.3 della Griglia LEA 2016)	≥ 90% in tutte le categorie previste	≥ 90% in tutte le categorie previste
C.3.3	Controlli sull'alimentazione animale: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA (Indicatore 3, Allegato 9, Adempimento AAJ Questionario LEA 2016)	≥ 90% dei programmi di campionamento o con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma
C.3.4	Percentuale di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (Indicatore 2 Adempimento AAJ Questionario LEA 2015)	≥ 99,8%	≥ 99,8%

C.4	Integrazione Ospedale - Territorio		
C.4.1	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 10%	≥ 10%
C.4.2	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	≥ 15%
C.4.3	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	Incremento rispetto al 2015	Mantenimento / Miglioramento
C.5	Aderenza alle disposizioni operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)		
C.5.1	Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)	90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)
C.5.2	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	≤ 18 minuti	
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015		
C.6.1	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	Si	Mantenimento / Miglioramento
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica		
C.7.1	Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	≥ 1.000	≥ 1.000
C.7.2	Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	Si	Mantenimento / Miglioramento
C.7.3	Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliera (DGR 4277/2011 e modifiche successive)	Si	Mantenimento / Miglioramento
C.7.4	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	≤ 15%	≤ 15%
C.8	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile		
C.8.1	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Si	Mantenimento / Miglioramento
C.9	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica		
C.9.1	Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	≤ 11,7 (Media Nazionale)	≤ Media Nazionale
C.9.2	Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al polmone (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	≤ 23,1 (Media Nazionale)	≤ Media Nazionale
C.9.3	Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al colon retto (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	≤ 21,5 (Media Nazionale)	≤ Media Nazionale
C.10	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica		
C.10.1	% Ricoveri medici oltre soglia per pz ≥ 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)	≤ 3%	≤ 3%
C.10.2	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	≤ 20%

C.11	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA		
C.11.1	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	Sì	Mantenimento / Miglioramento
C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva		
C.12.1	Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	Sì	Mantenimento / Miglioramento
C.13	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini		
C.13.1	Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti)	≥ 500 segnalazioni	≥ 500 segnalazioni
C.13.2	Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri	≥ 0,005 dei ricoveri
C.13.3	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	Sì	Mantenimento / Miglioramento
C.13.4	Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit	Scostamento ≤ 10% rispetto alle migliori performance	Scostamento ≤ 10% rispetto alle migliori performance
C.13.5	Sperimentazione clinica: compilazione Registro Regionale	100%	100%

AREA D) Equilibrio Economico

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018- 2019
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale		
D.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario		
D.2.1	Rispetto del Risultato Economico Programmato	Sì	Mantenimento / Miglioramento
D.2.2	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	Minore di zero	Minore di zero
D.2.3	Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	Sì	Mantenimento / Miglioramento
D.2.4	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Sì	Mantenimento / Miglioramento
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari		
D.3.1	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.2	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Territoriale	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.3	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.4	Rispetto del tetto di costo: DM	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.5	Rispetto del tetto di costo: IDV	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.6	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.3.7	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Protesica	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.4	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati		
D.4.1	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale
D.4.2	Rispetto tetti assegnati agli erogatori ospedalieri	Tetto come da Programmazione Regionale	Tetto come da Programmazione Regionale

AREA E) Liste d'attesa

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018 - 2019
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013		
E.1.1	Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%	≥ 90%
E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	≥ 90%	≥ 90%
E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	100%	100%
E.1.4	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale	Sì	Mantenimento / Miglioramento
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante		
E.2.1	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Sì	Mantenimento / Miglioramento
E.3	Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche		
E.3.1	Verifica della presenza del quesito diagnostico	Sì	Mantenimento / Miglioramento
E.3.2	Predisposizione di Azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	Sì	Mantenimento / Miglioramento

AREA F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario

ID	OBIETTIVO	VALORE OBIETTIVO (SOGLIA) 2017	TARGET BIENNIO 2018 - 2019
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO		
F.1.1	Risoluzione anomalie di registrazione del Regime di Ricovero	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici		
F.2.1	Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.2.2	Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.2.3	% di Indicizzazione del Patient Summary su totale della popolazione individuata	≥ 30%	≥ 30%
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea		
F.3.1	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	≥ 95%	≥ 95%
F.3.2	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	≥ 95%	
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari		
F.4.1	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali		
F.5.1	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.5.2	Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera in area disabili nel 2014 (DGR 1059/2012)	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.5.3	Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extraospedaliera	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.5.4	Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze e raccolta dei flussi informativi per costruzione registro regionale	Si	Mantenimento / Miglioramento
F.5.5	Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare	Si	Mantenimento / Miglioramento

4. Ciclo di gestione delle performance

Misurazione e valutazione delle performance

Il sistema di misurazione e valutazione delle performance

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

La programmazione degli obiettivi prende avvio a valle delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento per la gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale.

L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano delle Performance e si esplicita attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali.

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.

La valutazione della performance organizzativa è collegata alla valutazione della performance individuale che misura l'apporto al raggiungimento degli obiettivi di struttura.

La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

La valutazione della performance organizzativa di Unità Operativa e individuale è finalizzata anche al riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

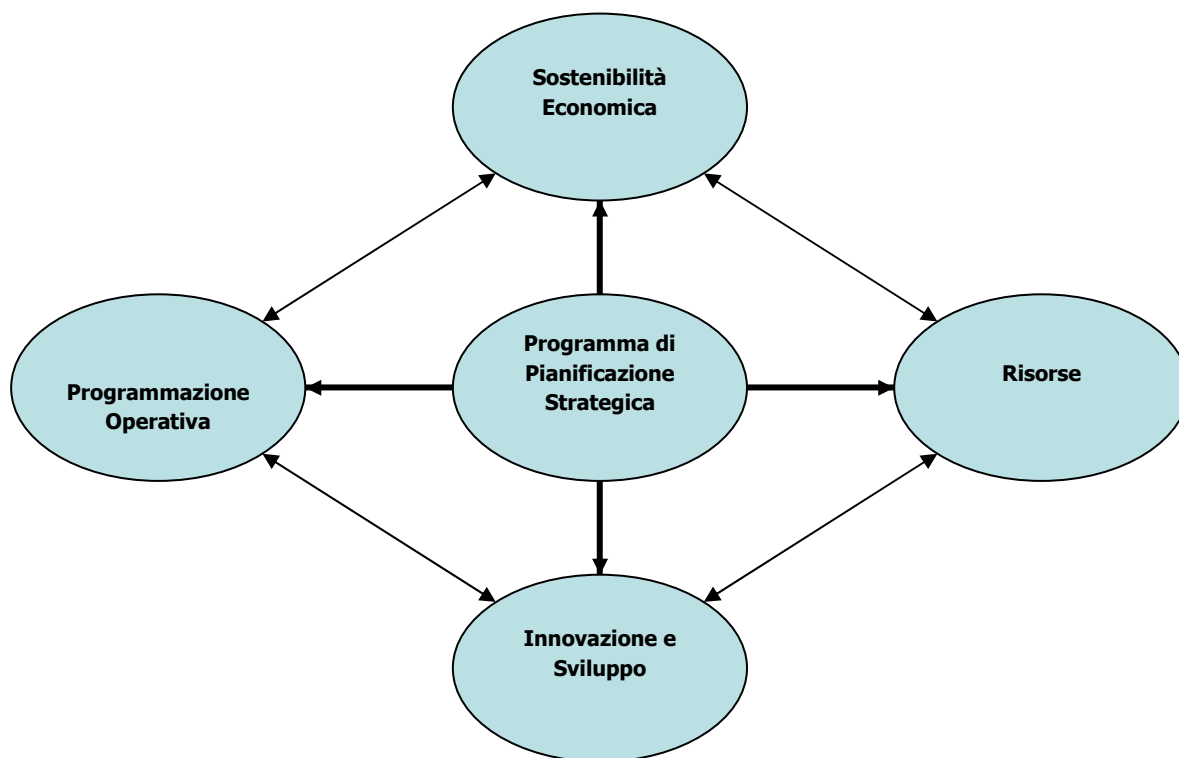
Il processo di programmazione aziendale adottato prevede le seguenti fasi:

- pianificazione strategica,
- programmazione operativa,
- monitoraggio degli obiettivi,
- valutazione degli obiettivi.

La **pianificazione strategica**, intesa come processo di pianificazione con il quale si fissano gli obiettivi del sistema sanitario, indicando i mezzi, gli strumenti e le azioni per raggiungerli in una prospettiva di medio/lungo periodo, si concretizza nella definizione degli obiettivi strategici, ovvero negli obiettivi triennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali. Per ogni obiettivo strategico, la Direzione Generale individua le aree prioritarie di

intervento consentendo alle strutture produttive e di supporto di comprendere quali strategie porre in essere nel proprio ambito.

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.



Le successive fasi riguardano la **sfera operativa**, dove le modalità ed i servizi erogati vengono continuamente monitorati in modo da permettere una valutazione finale dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inizialmente preposti. Ciò consente il miglioramento continuo della qualità della prestazione offerta al cittadino, garantendo l'efficienza della gestione e la sostenibilità economica aziendale.

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.

Quanto al sistema di **monitoraggio degli obiettivi** aziendali e delle strutture organizzative, esso viene realizzato con cadenza periodica con la finalità di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive.

Al fine di rendere gli obiettivi strategici effettivamente significativi e rendicontabili viene fissato il target di raggiungimento dei risultati. Nel caso del presente piano, l'orizzonte temporale di riferimento è triennale; ciò consente di monitorare anno per anno l'andamento di tali obiettivi

attraverso un sistema di indicatori qualitativi e quantitativi. A tal fine viene predisposta **una scheda di monitoraggio** per ogni obiettivo strategico con target e indicatori elaborati con il supporto dei dipartimenti aziendali. Questo strumento permetterà di rendicontare la performance anche tramite la predisposizione di un **cruscotto direzionale**, strumento che si rileva funzionale al monitoraggio della performance aziendale, a fini anche del **benchmarking con altre realtà** laddove la dimensione di misurazione sia compatibile e congruente.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli strumenti, i criteri di valutazione e la pubblicità.

Obiettivo

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 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.

La scheda contiene inoltre gli indicatori di performance e l'esatta ripartizione dei "pesi" assegnati a ciascun obiettivo, ossia dell'incidenza percentuale sulla valutazione complessiva.

Gli obiettivi assegnati dal valutatore e monitorati, anche in corso d'anno per consentire l'attivazione di eventuali meccanismi correttivi, vengono condivisi con il valutato, mediante sottoscrizione da parte di entrambi della scheda annuale.

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

L'Azienda, come già negli anni precedenti, continuerà ad avvalersi di un sistema integrato di pianificazione e controllo per il perseguimento degli obiettivi iniziali, di controllo delle prestazioni erogate e di valutazione del miglioramento dei servizi. Il sistema di pianificazione è connesso al sistema di controllo di gestione, che ha lo scopo di supportare la direzione aziendale nel conseguimento degli obiettivi pianificati, evidenziando gli scostamenti tra questi ultimi e i risultati della gestione, mettendo la Direzione in grado di decidere ed attuare le opportune azioni correttive.

È responsabilità della Struttura Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle 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 del D.Lgs 150/2009, le cui fasi sono:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati 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.

Metodologia Aziendale applicata

Tramite il sistema di programmazione e controllo, l'azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento.

Il sistema si articola in quattro fasi fondamentali:

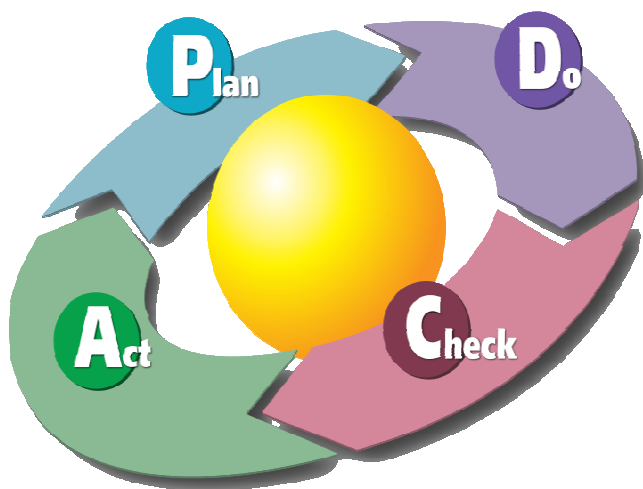
1. programmazione;
2. formulazione del budget;
3. svolgimento e misurazione dell'attività;
4. reporting e valutazione.

Il Controllo di Gestione, sulla base dell'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.

Le modalità di sviluppo delle fasi sono suddivise secondo lo schema del miglioramento continuo del ciclo di Deming.

La grafica seguente ne fornisce evidente rappresentazione.

- Fase 1 Plan: Pianificazione
- Fase 2 Do: Attuazione
- Fase 3 Check: Verifica
- Fase 4 Act: Azione



Programmazione

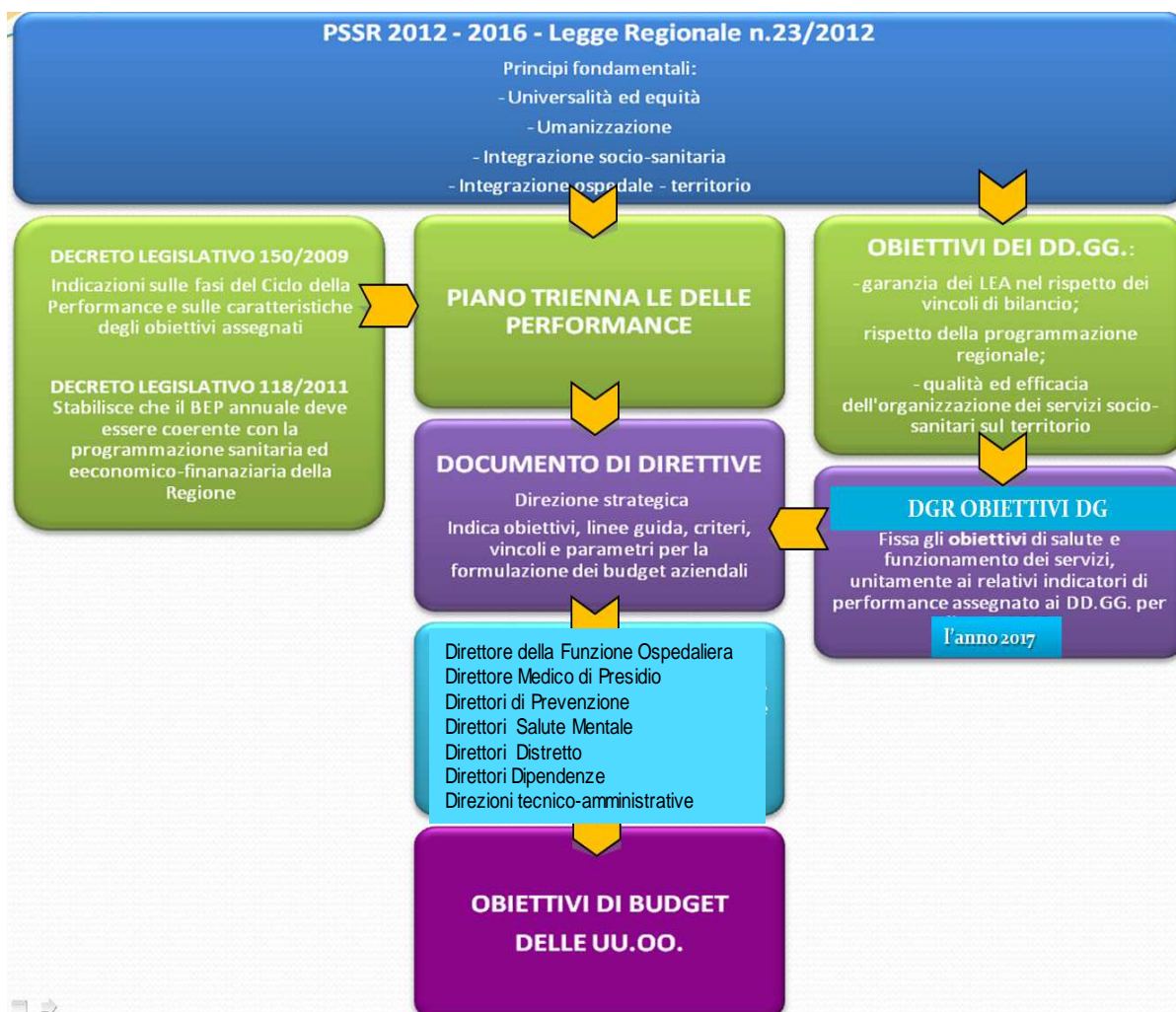
La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che attraverso il Piano delle performance triennale:

- 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 collegato.

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

Si allega uno schema riepilogativo (Immagine 2) dei principi fondamentali programmatori che orientano nella gestione degli obiettivi strategici aziendali:

Immagine 2: Principi programmatori e processo di programmazione aziendale



Formulazione del Budget

Metodologia

Il Documento delle Direttive estratto dal Piano Performance 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.

La contrattazione riguarderà ogni singola struttura e avverrà tra il Direttore di area, il Direttore di articolazione aziendale e il Direttore della struttura, alla presenza del Direttore di Dipartimento. Ciascun responsabile sarà coadiuvato da propri collaboratori professionali. Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

Scheda di Budget

Gli accordi saranno sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che verrà sottoscritta congiuntamente dal valutato e dal valutatore.

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 e 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.

Svolgimento e misurazione dell'attività

La misurazione ed il monitoraggio degli obiettivi sono effettuati trimestralmente e per alcuni indicatori anche mensile e settimanale al fine di analizzare il grado di raggiungimento degli stessi e porre in essere le azioni correttive necessarie.

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 del 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.

Reporting e valutazione

I report elaborati periodicamente, 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 il 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 lo OIV nello svolgimento delle attività di competenza.