Piano delle Performance

2017 – 2019

Direttive

2017

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

Tel.049.821.4050
Fax 049.821.4193

Via Enrico degli Scrovegni, 12
35131 - Padova

www.aulss6.veneto.it
protocollo.aulss6@pecveneto.it

Sommario

Executive summary 1
1. Introduzione 2
1.1. Richiami normativi 2
1.2. Ciclo della performance 2
2. Il quadro di riferimento 4
2.1. L'azienda in cifre 4
2.1.1 Il territorio e la popolazione 4
2.1.2 L'assistenza ospedaliera 7
2.1.3 Assistenza specialistica 9
2.1.4 L'assistenza distrettuale 11
2.1.5 Assistenza primaria 15
2.1.6 Assistenza farmaceutica e protesica 15
2.1.7 Il Dipartimento di Prevenzione 17
2.1.8 Il personale dipendente 20
2.1.9 Sintesi dell'andamento dei risultati economici 21
2.1.10 Tempistiche di pagamento 23
2.2 La normativa di riferimento 23
2.2.1 Contesto nazionale 23
2.2.2 Contesto Regionale 25
3. Le linee programmatiche per il triennio 29
3.1 Appropriatezza e tempi di attesa 29
3.2 Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze 30
3.2.1 Reti cliniche 31
3.2.2 Centro Traumatologico Ortopedico (CTO) 31
3.2.3 Mobilità passiva 32
3.2.4 Volumi ed esiti DM 70/2015 33
3.2.5 Bersaglio 35
3.2.6 Rischio clinico 36
3.3 Il riordino dell'area territoriale 36
3.3.1 Medicine di Gruppo Integrate 37
3.3.2 Strutture Intermedie 38
3.3.3 Piano di Zona 38
3.4 Efficientamento dell'area amministrativa 38
3.4.1 Piano degli investimenti: edilizia, attrezzature, logistica, informatica 39
3.4.2 Accreditamento 42
3.4.3 Sicurezza nei luoghi di lavoro 42
3.4.4 Sviluppo di una funzione di committenza verso fornitori pubblici e privati 43

3.4.5 Approvvigionamenti 43
3.4.6 Risorse umane 44
3.4.7 Anticorruzione e Trasparenza 44
3.4.8 Internal Audit 45
3.4.9 Formazione 46
3.4.10 Profilo di salute 46
3.5 Promozione della salute attraverso la prevenzione 47
3.6 Sviluppo di sistemi di comunicazione efficaci per facilitare l'accesso 47
4. Documento delle Direttive 49
4.1 Strumenti della programmazione 49
4.2 Richiami normativi 49
4.3 Gli obiettivi regionali 50
4.4 Obiettivi trasversali dell'azienda 51
4.5 Dimensioni delle performance 52
4.6 Gli obiettivi operativi 53
4.6.1 A. Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e programmazione dell'organizzazione degli uffici 53
4.6.2 B. Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate 56
4.6.3 C. Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi 57
4.6.4 D. Obiettivi di efficacia e qualità delle prestazioni 60
4.6.5 E - Obiettivi di qualità e sicurezza organizzativa ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico 60
4.6.6 F - Equilibrio economico 60
4.6.7 G - Liste d'attesa 61
4.6.8 H - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo 62
5. Il Ciclo di Gestione delle Performance 64
5.1 I riferimenti normativi 64
5.2 Il sistema di misurazione e valutazione delle performance 65
5.3 Metodologia Aziendale applicata 67
5.4 Timing del Processo 69
Allegato 1 – Criteri di valutazione degli obiettivi di budget 70

Executive summary

Il Piano delle Performance 2017-2019 è il primo della nuova Azienda ULSS n.6 Euganea. Alla luce della Legge Regionale N.19 del 2016 la "Euganea" si configura come la più grande azienda sanitaria del Veneto con circa 1 milione di abitanti e con una estensione territoriale che comprende tutta la Provincia di Padova. Due punti cardine della L.R. N.19 sono la ridefinizione dei confini delle aziende sanitarie e la costituzione dell'Azienda Zero, deputata alla razionalizzazione, integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale. In questo contesto si tratta di cogliere quindi l'opportunità di lavorare in un'ottica "benchmark", potendo contare su realtà con buone prassi già consolidate, creando le condizioni per cogliere le migliori esperienze e trasferirle in un'ottica di sviluppo dei servizi a vantaggio della collettività.

Pur essendo il quadro ancora "incompleto" ed in evoluzione, si attendono infatti gli obiettivi regionali assegnati per l'anno 2017 e la pubblicazione del DPCM con i nuovi LEA, il presente documento Piano delle Performance vuole essere già uno strumento operativo per la programmazione contenendo al suo interno il Documento delle Direttive, e quindi gli obiettivi di dettaglio per l'anno 2017. Tale scelta di metodo è dettata proprio dalla necessità di anticipare il più possibile i tempi della programmazione e del processo di budget, nella consapevolezza che il percorso necessita di tempi più lunghi per essere attuato in modo omogeneo su scala provinciale. È pertanto da prevedere un aggiornamento del piano una volta pervenuti gli obiettivi regionali e/o ulteriori elementi che dovessero rientrare nella programmazione a breve termine.

Il Piano delle Performance del triennio 2017-2019 è stato redatto secondo le linee guida nazionali e regionali di riferimento ed in particolare dai dettami della DGR 140 del 16/2/2016 e si articola in cinque sezioni: una introduzione con richiami normativi e metodologici, il contesto in cui agisce la programmazione (quadro di riferimento), le linee programmatiche per il triennio gli obiettivi operativi sul triennio ed in particolare sul 2017, il ciclo di gestione della performance.

La visione triennale del piano è riassunta in sei principali linee programmatiche: appropriatezza e tempi di attesa, sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze, riordino dell'area territoriale, promozione della salute attraverso la prevenzione, riprogettazione dell'area tecnico-amministrativa, sviluppo di sistemi di comunicazione efficace per facilitare l'accesso. Il tema trasversale è quello della sostenibilità economica, in considerazione della necessità di razionalizzare la spesa non orientata ai servizi sanitari e socio sanitari per reperire risorse da re-investir enei servizi core dell'azienda. Di qui la necessità di sviluppare un piano pluriennale per la sostenibilità coerentemente con le disposizioni contenute nella riforma del sistema sanitario regionale (DGR 2174/2016) e nelle Leggi di Bilancio (nazionale e regionale) che determinano il contesto economico di riferimento oltreché indicare obiettivi specifici per l'area sanitaria.

Il documento finale qui presentato evidenzia diversi obiettivi che seguono da un lato la logica della semplificazione, dall'altro l'attenzione alle particolarità e alla storia dei diversi territori; aspetto fondamentale per poter avviare un processo di integrazione, a favore dell'equità, della continuità delle cure, della valorizzazione delle eccellenze e della parità di accesso da parte dei cittadini della Provincia di Padova.

Lieve è l'oprar se in molti è condiviso.

Omero

1. Introduzione

1.1. Richiami normativi

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

Il D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della L. 4 marzo 2009 n. 15, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 01 agosto 2011 n. 141, definisce una nuova disciplina in materia di valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti.

L'art. 16, comma 2 e l'art. 31, commi 1 e 2, del D.Lgs. n.150/2009 individuano per gli enti del SSN i principi generali oggetto di adeguamento da parte della Regione.

La DGR n. 140 del 16/02/2016 e il suo allegato documento denominato "*Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*" hanno sostituito integralmente la DGR n.2205 del 06/11/2012 e i suoi allegati fornendo nuove linee guida in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia.

La valutazione si riferisce all'amministrazione nel suo complesso, alle unità operative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, di cui l'Azienda dovrà valutare l'apporto specifico al miglioramento dei processi produttivi, attraverso l'analisi dei comportamenti organizzativi e delle competenze professionali.

La predetta DGR n.140/2016 riporta i riferimenti metodologici ed i contenuti essenziali suggeriti in applicazione dell'art. 10, comma 1 lettera A) del D.Lgs. n.150/2009 per cui le Aziende devono adottare il piano triennale di valutazione degli obiettivi (cd. Piano della Performance) e sviluppare il ciclo di gestione della valutazione dei risultati (cd. Ciclo di gestione della performance).

1.2. Ciclo della performance

La performance è il contributo che un'azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che la stessa si è posta ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

L'elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alla DGR 140/2016, costituisce l'avvio del ciclo di gestione della performance. Attraverso il piano è possibile definire e misurare la performance 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 crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che costituire percorsi di miglioramento continuo della performance.

Il Piano viene pubblicato al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, nonché 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 con relativi indicatori e target di riferimento con un focus particolare per l'anno 2017. In attesa della DGR che definirà gli obiettivi delle aziende Ulss per l'anno 2017, nella logica della continuità, sono stati ripresi gli obiettivi della precedente DGR 2072/2015, proiettandoli nel triennio 2017-2019. La flessibilità dello strumento consentirà di inserire gli obiettivi innovativi che la Regione assegnerà nel corso dell'anno 2017.

Analizza i fatti e parla con i dati.

Ishikawa Kaoru

2. Il quadro di riferimento

2.1. L'azienda in cifre

2.1.1 Il territorio e la popolazione

La provincia di Padova si estende su un territorio di oltre 2.127 Kmq e, al 01/01/2016, registra la presenza di 934.332 abitanti che si traduce in una densità abitativa di circa 439 abitanti/Kmq. Da un confronto con le altre province del Veneto emerge come la provincia di Padova risulti essere allo stesso tempo la più popolata e quella con la densità abitativa più elevata di tutta la Regione. I dati demografici a livello provinciale assumono, in questo momento storico, una particolare rilevanza alla luce del percorso di riforma che sta affrontando la sanità regionale nel Veneto. Con lo scopo di fornire una rappresentazione più dettagliata e precisa di alcuni specifici indicatori demografici, nella tabella che segue vengono raccolti alcuni dati relativi alla popolazione residente sul territorio della provincia di Padova, con il dettaglio di ciascuna delle Aziende ULSS precedentemente esistenti.

L'analisi dei principali indicatori demografici permette di osservare alcune informazioni interessanti:

1) La distribuzione della popolazione nel territorio con una densità abitativa molto diversa in relazione alle aree; risulta, infatti, più elevata nel territorio cittadino con una forte differenza nell'area del distretto 5, che corrisponde al territorio della ex-ULSS17;
2) Il saldo naturale del 2015 appare negativo mettendo in luce la difficoltà di rigenerare la popolazione dato un valore di decessi che supera in modo importante le nascite e solo parzialmente compensato dal saldo migratorio che registra un valore positivo a livello provinciale;
3) L'indice di dipendenza totale mette in luce un rapporto elevato a favore dei non attivi rispetto alla popolazione attiva.

Il saldo totale è l'indicatore che riassume il quadro generale dell'andamento della popolazione, ovvero la somma tra saldo naturale e saldo migratorio. Anche in questo caso le tre ex-aziende ULSS conservano andamenti tra loro similari con fenomeni di aumento della popolazione residente negli anni 2004, 2007-2008 e 2013 per poi progressivamente registrare una sostanziale diminuzione, anche se si segnala una popolazione più giovane e un saldo naturale positivo nel territorio del nuovo distretto 4 dell'Azienda Ulss 6 Euganea, corrispondente all'ex Ulss 15.

Lista dei principali indicatori demografici (dati al 01/01/2016)

INDICATORI DEMOGRAFICI	ULSS6 EUGANEA	EX-ULSS15 DISTRETTO 4	EX-ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX-ULSS17 DISTRETTO 5
Superficie (Kmq)	2.128	583	656	889
Popolazione	934.418	258.039	493.509	182.870
Densità (ab/kmq)	439	443	752	206
Nati vivi	7.432	2.287	3.795	1.350
Deceduti	9.017	2.119	4.856	2.042
Saldo naturale	-1.585	168	-1.061	-692
Saldo migratorio	218	-191	637	-228
Saldo totale	-1.367	-23	-424	-920
N° famiglie	387.327	97.849	216.603	72.875
Indice di struttura della popolazione attiva	142,8%	131,0%	147,1%	149,6%
Indice di sostituzione della popolazione attiva	127,9%	107,4%	135,3%	141,3%
Indice di dipendenza totale	54,6%	51,7%	56,2%	54,8%

Fonte: ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it.

Il nostro territorio, così come l'Italia e la maggior parte dei Paesi europei, è interessato da un intenso fenomeno di "invecchiamento". Di seguito possiamo osservare i dati dei principali indicatori demografici relativi all'età della popolazione

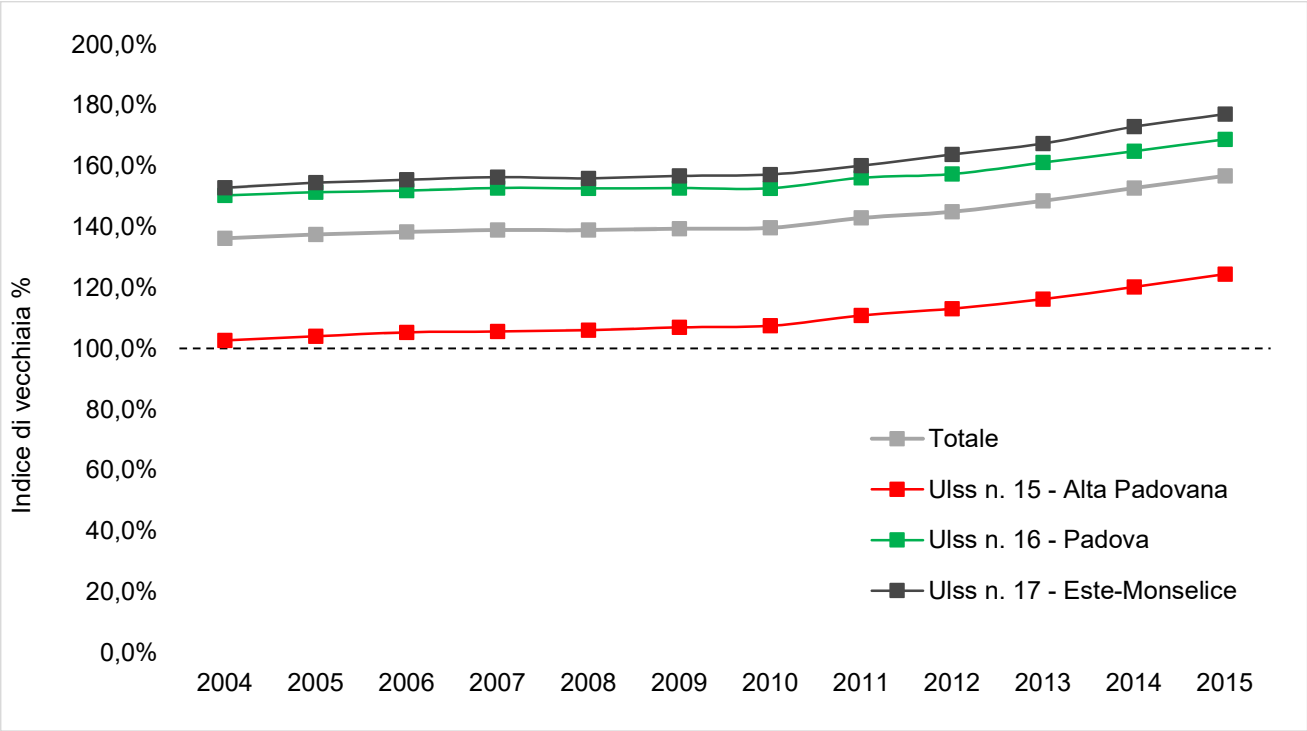
Principali indicatori sull'età della popolazione (dati al 01/01/2016)

INDICATORI DEMOGRAFICI	ULSS6 EUGANEA	EX-ULSS15 DISTRETTO 4	EX-ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX-ULSS17 DISTRETTO 5
0-14 / popolazione totale	13,8%	15,2%	13,4%	12,8%
Indice di invecchiamento (65+/totale)	21,6%	18,9%	22,6%	22,6%
Indice di vecchiaia	156,8%	124,5%	168,8%	177,1%

Fonte: ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it.

L'indice di vecchiaia viene di seguito rappresentato nell'andamento che ha assunto dai primi anni 2000.Negli ultimi 10 anni l'indice di vecchiaia della provincia di Padova è passato da 136.3 a 156.8 ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni, in seguito all'incremento della quota di popolazione anziana.

Indice di vecchiaia (dati anno 2015)

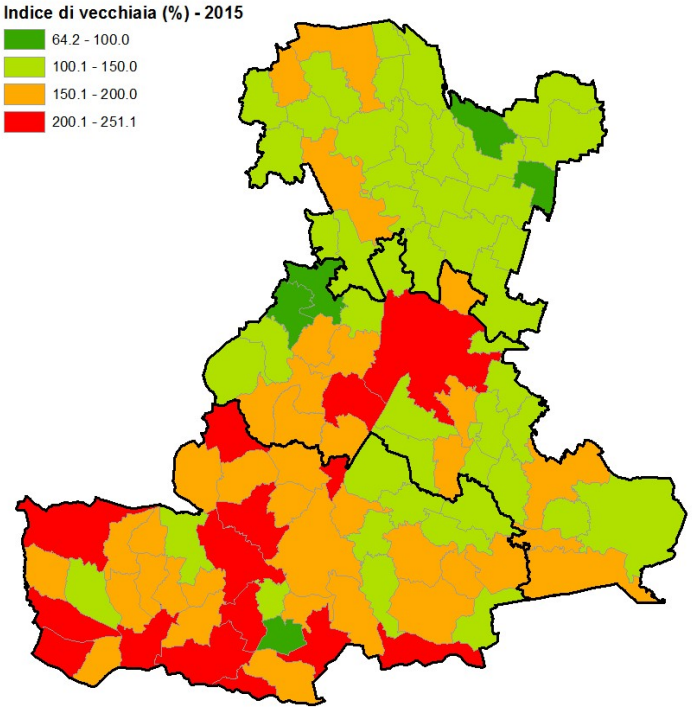


Fonte: ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it.

Come già anticipato, si può osservare una netta diversità nei tre ambiti territoriali: l'Alta Padovana appare come la popolazione relativamente "più giovane", mentre l'area della Bassa Padovana mostra un andamento assolutamente analogo ma posizionato in un quadro di popolazione mediamente più anziana. Caso a sé, in questo confronto, è l'area centrale (ex-ULSS16) dove grazie alle dinamiche di popolazione di una città "metropolitana" presenta un grado di invecchiamento medio a cavallo tra gli altri due territori.

Nel complesso del territorio l'indice di vecchiaia al 31 dicembre 2015 è pari a 156,8%: a soli 5 Comuni (Veggiano, Massanzago, Loreggia, Mestrino, Granze) del territorio corrisponde un indice di vecchiaia inferiore a 100 (parità del numero di anziani e giovani), mentre per ben 51 comuni (il 49,5%) l'indice è più alto rispetto al valore medio di tutto il territorio.

Mappa indice di vecchiaia per singolo comune della provincia di Padova (dati anno 2015)



Fonte: ISTAT, Anno 2015, http://www.istat.it.

2.1.2 L'assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è garantita sul territorio da7presidi ospedalieri a gestione diretta, da 5 Case di Cura convenzionate accreditate e dall'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera di Padova ai residenti dell'Azienda Euganea. Con riferimento ai presidi a gestione diretta si riportano di seguito i posti letto al 31/12/2016 ed il volume di attività erogata da ottobre 2015 – settembre 2016.

Volume di attività erogata nell'anno 2016

AZIENDA ULSS6	POSTI LETTO			NUMERO DIMISSIONI			IMPORTO DIMISSIONI		
	ORD.	D.H.	TOT.	ORD.	D.H.	TOT.	ORDINARIE	DIURNE	TOTALI
P.O. Camposampiero	332	19	351	12.308	2.593	14.901	46.438.267	5.907.407	52.345.674
P.O. Cittadella	318	29	347	11.590	2.837	14.427	44.851.805	5.651.281	50.503.086
P.O. S. Antonio PD	296	21	317	9.071	1.169	10.240	34.446.241	2.036.716	36.482.957
P.O. Piove di Sacco	160	22	182	5.760	1.427	7.187	19.204.092	2.544.195	21.748.287
P.O. Padova Sud - M.T. di Calcutta	328	45	373	12.937	3.386	16.323	47.503.078	5.598.788	53.101.865
P.O. Conselve	36		36	473		473	3.037.882		3.037.882
P.O. Montagnana	40		40	303		303	2.413.101		2.413.101
Accreditati Esterni	430	35	465	14.041	3.474	17.515	64.168.350	8.195.085	72.363.435
TOTALE	**1.941**	**171**	**2.112**	**66.483**	**14.886**	**81.369**	**262.062.816**	**29.933.472**	**291.996.288**

Fonte dati: Flusso SDO; periodo di riferimento: 01/10/2015 - 30/09/2016

Qui di seguito si riporta per completezza il preconsuntivo dell'attività di assistenza ospedaliera erogata ai residenti ULSS6da tutte le strutture sanitarie presenti nel territorio.

Consumo di prestazioni ospedaliere per i residenti 2016

AZIENDA DI RESIDENZA	STRUTTURE EROGATRICI	NUMERO DIMISSIONI	IMPORTO DIMISSIONI
Ex AULSS15	Ospedali Ex ULSS15	22.384	€ 78.510.584
	Ospedali Ex ULSS16	350	€ 1.257.093
	Ospedali Ex ULSS17	80	€ 312.587
	Privati accreditati della Provincia	863	€ 3.921.053
	Az. Ospedaliera di PD	3.570	€ 15.658.950
	IOV	374	€ 1.047.651
	Altre Ulss del Veneto	3.151	€ 13.616.213
	TOTALE	30.772	€ 114.324.131
Ex AULSS16	Ospedali Ex ULSS15	1.240	€ 4.218.663
	Ospedali Ex ULSS16	13.694	€ 46.892.501
	Ospedali Ex ULSS17	819	€ 2.934.798
	Privati accreditati della Provincia	8.167	€ 32.918.883
	Az. Ospedaliera di PD	33.682	€ 123.357.266
	IOV	2.129	€ 5.725.534
	Altre Ulss del Veneto	4.960	€ 22.006.823
	TOTALE	64.691	€ 238.054.468
Ex AULSS17 (1)	Ospedali Ex ULSS15	78	€ 330.118
	Ospedali Ex ULSS16	661	€ 2.043.899
	Ospedali Ex ULSS17	14.377	€ 49.661.466
	Privati accreditati della Provincia	1.483	€ 5.314.305
	Az. Ospedaliera di PD	2.510	€ 12.887.642
	IOV	381	€ 1.094.065
	Altre Ulss del Veneto	3.577	€ 14.129.298
	TOTALE	23.067	€ 85.460.794
TOTALE		**118.530**	**€ 437.839.393**

Fonte dati: Flusso SDO+ mobilità passiva; periodo di riferimento: 01/10/2015 - 30/09/2016

2.1.3 Assistenza specialistica

Le strutture presenti nel territorio dell'Azienda Ulss 6 hanno erogato nel 2016, secondo le stime, n° 10.718.066 prestazioni specialistiche ambulatoriali, per un valore tariffario pari a € 182.888.248. Nel prospetto che segue si riportano le prestazioni erogate dalle strutture, sia a gestione diretta sia convenzionate, suddivise per macrobranca ed ex azienda di erogazione.

Volume di attività erogata nell'anno 2016

	AZIENDA DI EROGAZIONE	TIPO DI GESTIONE	NUMERO	IMPORTO
BRANCHE A VISITA	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	Gestione diretta	385.244	21.558.647
		Convenzionati esterni	12.670	445.648
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	Gestione diretta	483.291	21.296.305
		Convenzionati esterni	368.998	14.592.936
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	Gestione diretta	268.710	13.023.108
		Convenzionati esterni	3.721	73.816
	TOTALE		**1.522.634**	**70.990.460**
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	Gestione diretta	168.181	1.982.136
		Convenzionati esterni	510	59.008
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	Gestione diretta	95.374	1.293.762
		Convenzionati esterni	1.003.715	14.558.272
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	Gestione diretta	100.341	1.100.677
		Convenzionati esterni	67.560	742.885
	TOTALE		**1.435.681**	**19.736.740**
RADIOLOGIA	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	Gestione diretta	122.295	10.279.261
		Convenzionati esterni	6.610	593.179
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	Gestione diretta	70.553	4.586.239
		Convenzionati esterni	269.530	26.997.896
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	Gestione diretta	86.367	5.693.831
		Convenzionati esterni	39.851	7.435.316
	TOTALE		**595.206**	**55.585.722**
LABORATORIO	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	Gestione diretta	1.996.368	9.442.074
		Convenzionati esterni	127.389	555.197
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	Gestione diretta	2.363.839	12.089.620
		Convenzionati esterni	1.352.971	7.895.713
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	Gestione diretta	1.244.766	6.181.489
		Convenzionati esterni	79.212	411.233
	TOTALE		**7.164.545**	**36.575.326**
TOTALE	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	Gestione diretta	2.672.088	43.262.118
		Convenzionati esterni	147.179	1.653.032
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	Gestione diretta	3.013.057	39.265.926
		Convenzionati esterni	2.995.214	64.044.817
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	Gestione diretta	1.700.184	25.999.105
		Convenzionati esterni	190.344	8.663.250
	TOTALE		**10.718.066**	**182.888.248**

Fonte dati DWH Regionale al 04/01/2017; periodo di riferimento: 01/10/2015 - 30/09/2016

Di seguito si espone il consumo complessivo di prestazioni specialistiche da parte della popolazione residente nel territorio dell'Azienda Ulss 6.

Consumo di prestazioni specialistiche per i residenti 2016

	AZIENDA DI RESIDENZA	NUMERO	PRO-CAPITE	IMPORTO
BRANCHE A VISITA	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	478.199	1,9	€ 25.571.589
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	1.301.656	2,6	€ 64.489.045
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	384.056	2,1	€ 22.391.480
	TOTALE	**2.163.911**	**2,3**	**€ 112.452.114**
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	244.251	0,9	€ 3.144.968
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	974.402	2,0	€ 13.576.136
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	205.655	1,1	€ 2.506.183
	TOTALE	**1.424.308**	**1,5**	**€ 19.227.287**
RADIOLOGIA	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	160.444	0,6	€ 13.940.676
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	356.439	0,7	€ 33.131.939
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	124.687	0,7	€ 10.527.595
	TOTALE	**641.570**	**0,7**	**€ 57.600.210**
LABORATORIO	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	2.243.011	8,7	€ 11.797.062
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	4.739.512	9,6	€ 27.988.189
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	1.607.710	8,8	€ 9.018.438
	TOTALE	**8.590.233**	**9,2**	**€ 48.803.689**
TOTALE	**EX ULSS15 – DISTRETTO 4**	**3.125.905**	**12,1**	**€ 54.454.295**
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	**7.372.009**	**14,9**	**€ 139.185.309**
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	**2.322.108**	**12,7**	**€ 44.443.696**
	TOTALE	**12.820.022**	**13,7**	**€ 238.083.300**

Fonte dati DWH Regionale al 04/01/2017; periodo di riferimento: 01/10/2015 - 30/09/2016

2.1.4 L'assistenza distrettuale

Il territorio è attualmente suddiviso in 5 distretti socio-sanitari, codificati secondo quando indicato dalla DGR 2174 del 2016, così suddivisi rispetto alla popolazione residente al 1.1.2016:

DISTRETTO	TERRITORIO	POPOLAZIONE
DISTRETTO 1	EX ULSS16	209.134
DISTRETTO 2	EX ULSS16	117.339
DISTRETTO 3	EX ULSS16	167.036
DISTRETTO 4	EX ULSS15	258.039
DISTRETTO 5	EX ULSS17	182.870
TOTALE		**934.418**

Fonte: Controllo di Gestione

Nell'ambito dell'assistenza territoriale rilevano, in particolare, le seguenti attività:

- Centrale operativa territoriale (COT)
- Strutture intermedie
- Servizi domiciliari
- Integrazione con l'ospedale: offerta residenziale e semiresidenziale

COT (Centrale Operativa Territoriale)

La Centrale operativa territoriale (COT) deve diventare l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge funzioni di coordinamento della presa in carico dell'utente "fragile" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale; rappresenta la regia e garanzia dell'integrazione ospedale territorio e lo strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle specifiche esigenze o bisogni, garantendo uniformità nella raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e di pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La segnalazione del bisogno socio-sanitario/domanda di intervento può essere presentata dal personale dei servizi distrettuali ed ospedalieri, dal Medico di Medicina generale, dal Pediatra di libera scelta e dai Medici della continuità assistenziale. La segnalazione avviene per via telefonica, con chiamata registrata a un numero dedicato o per via informatica.

Struttura Intermedia

È struttura sperimentale ed innovativa, per permanenze brevi, tenute ad erogare servizi di assistenza continua in regime di degenza a bassa e media intensità, creata allo scopo di:

- Migliorare la continuità dell'assistenza;
- Facilitare le dimissioni ospedaliere;
- Evitare o ritardare gli ingressi definitivi delle persone anziane nelle strutture residenziali.

Le strutture di ricovero intermedie sono in grado di accogliere, per un periodo limitato (20 – 30 giorni) i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. In tale ambito si individuano, in particolare, tre specifiche unità di offerta:

- Ospedale di Comunità: struttura di ricovero intermedia, inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale;
- Unità Riabilitativa Territoriale (URT): struttura di ricovero intermedia con obiettivi assistenziali di assistenza, conservazione dello stato di equilibrio di salute e riabilitazione;
- Hospice: struttura residenziale, integrata nella rete dei servizi di cure palliative, destinata all'assistenza di malati inguaribili in fase avanzata di malattia o in condizioni di fine vita

Strutture intermedie (dati al 31/12/2015)

AREA	ULSS	NUMERO STRUTTURE	POSTI
Ospedale di comunità	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	-	-
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	1	60
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	2	33
	ULSS6 EUGANEA	**3**	**93**
URT	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	-	-
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	-	-
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	-	-
	ULSS6 EUGANEA	**1**	**5**
Hospice	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	2	12
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	2	26
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	1	8
	ULSS6 EUGANEA	**5**	**46**

Fonte: Ripianificazione Piani di Zona 2016 (EX ULSS15, 16 e17)

I Servizi Domiciliari

Al fine di garantire un adeguato sostegno al paziente con particolari necessità assistenziali (particolarmente gli anziani), presso il proprio domicilio, sono garantiti dalle ASL e dai comuni diversi servizi gratuiti forniti a domicilio, differenziati a seconda delle esigenze del cittadino. Tra i principali si rilevano:

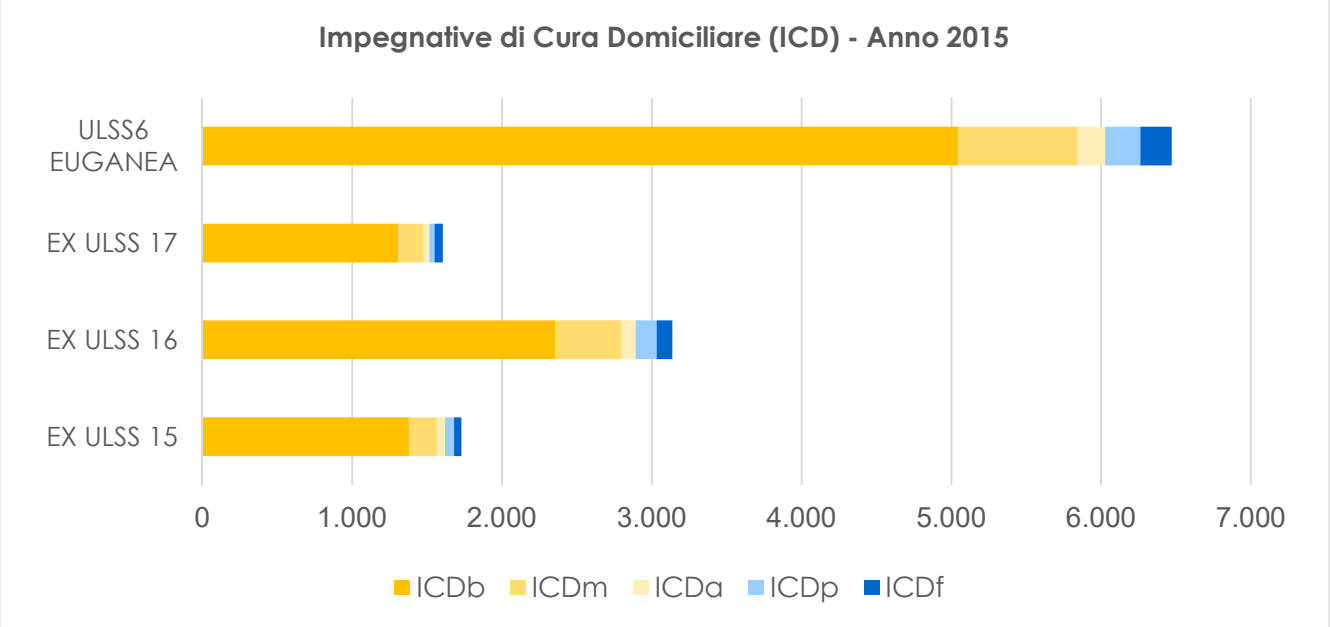
- L'Assistenza domiciliare: i pazienti seguiti a domicilio sono in lieve crescita. Il servizio è garantito al 6,7 % dei pazienti sopra i 65 anni, mentre la media italiana non supera il 4 %:
- L'Impegnativa di Cura Domiciliare: come da indicazioni Regionali, è stata istituita l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) che ha sostituito le precedenti forme di sostegno economico, come gli assegni di cura.

L'ICD è strutturata in cinque tipologie, mutuamente esclusive, ognuna rispondente a diverse intensità di bisogno assistenziale:

- ICDb – utenti con basso bisogno assistenziale (ex Assegno di Cura base e badanti e contributo SAD-ADI)
- ICDm – utenti con medio bisogno assistenziale (ex Assegno di Cura demenze con disturbo comportamentale)7
- ICDa – utenti con alto bisogno assistenziale che necessitano di interventi domiciliari di assistenza continua nelle 24 ore
- ICDp – utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ex contributi aiuto personale)
- ICDf – utenti con grave disabilità fisico-motoria (ex contributi vita indipendente)

Per l'assegnazione dei contributi (che variano da 120 a 800 euro mensili) viene valutata sia la gravità del bisogno assistenziale che la situazione economica rilevata con l'ISEE.

Numero dei beneficiari che hanno usufruito di contributi per assistenza domiciliare nell'anno 2015



Fonte: Direzione Servizi Sociali ex-ULSS15, 16 e 17, dati di attività anno 2015.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati oltre 6.000 gli utenti beneficiari di contributi per l'assistenza domiciliare nella provincia di Padova. L'ex-ULSS15 e l'ex-ULSS17 si vedono caratterizzate da un numero di contributi erogati complessivamente che si attesta su valori compresi tra le 1.600 e le 1.900 unità, mentre l'ex-ULSS16 ha erogato nello stesso periodo circa 2.700 contributi ICD, dato che si giustifica sulla base della numerosità della popolazione residente.

Offerta residenziale e semiresidenziale

L'offerta assistenziale si rivolge agli assisti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche o con problemi di dipendenze o di salute mentale. Trova espressione in numerose strutture (residenziali e semiresidenziali) adeguatamente dotate per far fronte alle esigenze delle diverse tipologie di pazienti.

Al 31/12/2015 sono attive le seguenti strutture/posti letto:

Strutture residenziali e semiresidenziali (dati al 31/12/2015)

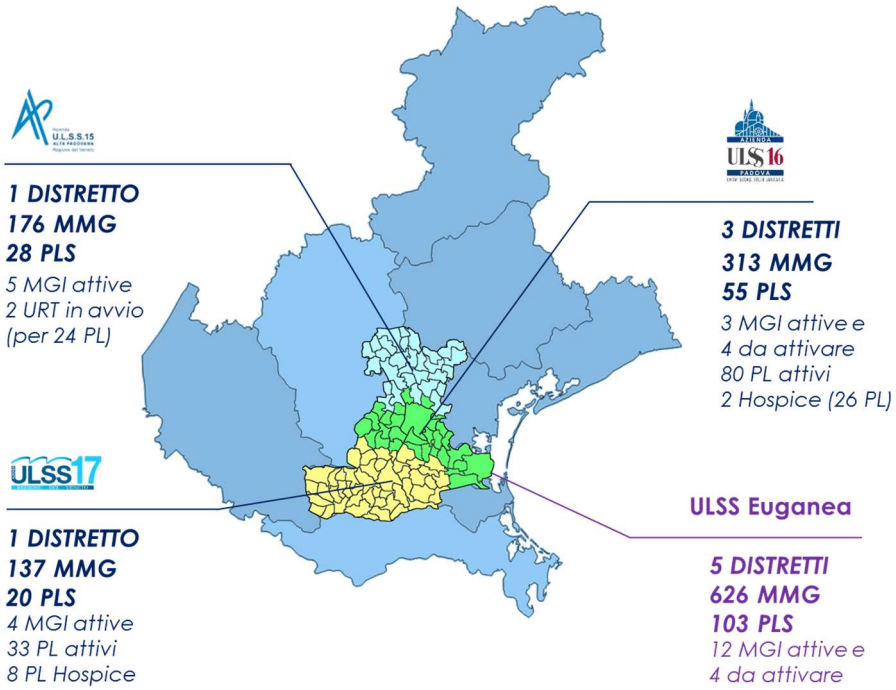
AREA	ULSS	STRUTTURE RESIDENZIALI		STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	
		N STRUTTURE	POSTI	N STRUTTURE	POSTI
Infanzia – Adolescenza - Famiglia	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	7	47	4	38
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	40	228	149	3.782
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	5	33	62	1.154
	ULSS6 EUGANEA	**52**	**308**	**215**	**4.974**
Anziani (non autosufficienti)	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	12	1.029	3	56
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	19	2.711	10	202
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	11	989	3	60
	ULSS6 EUGANEA	**42**	**4.729**	**16**	**318**
Disabilità	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	7	90	16	392
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	21	859	33	760
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	10	90	11	259
	ULSS6 EUGANEA	**38**	**1.039**	**60**	**1.411**
Salute mentale	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	8	66	9	130
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	16	142	14	181
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	6	49	2	30
	ULSS6 EUGANEA	**30**	**257**	**25**	**341**
Dipendenze	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	-	-	-	-
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	6	75	4	24
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	4	99	1	30
	ULSS6 EUGANEA	**10**	**174**	**5**	**54**
Altre strutture (SVP, AIDS, Malati Terminali)	EX ULSS15 – DISTRETTO 4	6	48	-	-
	EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	6	121	-	-
	EX ULSS17 – DISTRETTO 5	-	-	-	-
	ULSS6 EUGANEA	**12**	**169**	**0**	**0**
TOTALE		**172**	**6.507**	**321**	**7.098**

Fonte: Ripianificazione Piani di Zona 2016 (ex Ulss15. Ulss16 e Ulss17)

2.1.5 Assistenza primaria

L'assistenza medica primaria è garantita capillarmente sul territorio da 626 Medici di Medicina Generale e da 103 Pediatri di Libera Scelta.

Nel rispetto degli obiettivi regionali l'ultimo triennio ha visto l'evoluzione dell'offerta sanitaria di base, con la creazione della Medicina di Gruppo Integrata. La medicina di gruppo integrerà gli specialisti delle malattie croniche più diffuse come le cardiopatie, il diabete e le malattie croniche del polmone. Tale medicina permetterà di organizzare meglio le attività di prevenzione e la risposta al bisogno dei pazienti; nelle medicine di gruppo, infatti, il cittadino troverà sempre un medico, dalle 8 di mattina alle 8 di sera, e non dovrà più rivolgersi al Pronto Soccorso per comuni patologie. Al 31/12/2016 sono attive nel territorio Aziendale numero 12 medicine di gruppo integrate, con ulteriori 4 in fase di avvio.



2.1.6 Assistenza farmaceutica e protesica

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica alla popolazione del territorio è garantita tramite la rete delle 239 farmacie convenzionate presenti sul territorio dell'ULSS6 Euganea. Attraverso le farmacie territoriali viene garantito ai cittadini il servizio di distribuzione per conto.

Farmacie

DISTRETTI	NUMERO FARMACIE
EX ULSS15 – DISTRETTO 4	61
EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3	120
EX ULSS17 – DISTRETTO 5	58
ULSS6 EUGANEA	**239**

Fonte: Controllo di Gestione

La spesa farmaceutica territoriale è sottoposta ad un controllo continuo a livello regionale attraverso il monitoraggio del costo procapite della spesa convenzionata e del costo procapite della distribuzione diretta dei farmaci di classe A e H che sono oggetto anche di specifici obiettivi assegnati alle aziende sanitarie. Di seguito si riporta l'andamento a livello provinciale di tali indicatori:

Costi farmaceutica pro-capite. Dati gennaio - agosto 2016

SPESA PRO CAPITE PESATA FARMACEUTICA TERRITORIALE		
	Anno 2015* Target: € 117	Stima 2016** Target: € 114
MEDIA ULSS6 EUGANEA	**€ 117,10**	**€ 114,10**

SPESA PRO CAPITE PESATA DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE A		
	Anno 2015* Target: € 41	Stima 2016** Target: € 41
MEDIA ULSS6 EUGANEA	**€ 43,90**	**€ 42,90**

SPESA PRO CAPITE PESATA DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE H		
	Anno 2015* Target: € 33	Stima 2016** Target: € 33
MEDIA ULSS6 EUGANEA	**€ 35,90**	**€ 41,10**

*Fonte: DGR n. 1455/2016
**Fonte: Monitoraggio regionale spesa assistenza farmaceutica gennaio-agosto 2016

I dati evidenziano come complessivamente l'Azienda Euganea sia a target rispetto all'obiettivo regionale relativo alla spesa pro capite pesata dell'assistenza farmaceutica territoriale; non così per la spesa relativa a farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e in DPC e a farmaci di classe H erogati in distribuzione diretta, dove i valori risultano superiori anche ai valori medi regionali sono rispettivamente 39,4 e 36,8 euro.

Assistenza protesica

Il D.M. 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe" individua le prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2 e 3 del Nomenclatore tariffario di cui all'Allegato 1 al regolamento stesso. Di seguito si riporta la media provinciale del costo procapite per assistenza protesica:

Costi protesica pro-capite

SPESA PRO CAPITE PER ASSISTENZA PROTESICA		
	Anno 2015* Target: € 15	Stima 2016** Target: € 15
MEDIA ULSS6 EUGANEA	**€ 20,40**	**€ 20,18**

*Fonte: DGR n. 1455/2016
**Fonte: Monitoraggio regionale spesa assistenza farmaceutica gennaio-agosto 2016

Appare evidente la criticità del dato, con uno scostamento rilevante dal valore target di € 15 fissato dalla Regione Veneto. Particolarmente critica l'area dei Distretti 1,2 e 3 (ex Ulss16) dove si registra il picco più elevato, superiore a 23 euro pro capite, valore più elevato a livello regionale la cui media si attesta a circa 17 euro.

2.1.7 Il Dipartimento di Prevenzione

Il D.Lgs. n. 502/92 individua nel Dipartimento di Prevenzione la struttura tecnico funzionale dell'Azienda Ulss la cui missione è garantire nel territorio di competenza la tutela della salute, della prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della qualità della vita, promuovendo la collaborazione e l'integrazione con altre strutture aziendali, nonché innovando le prestazioni nei contenuti e nel metodo.

Funzioni garantite direttamente dal dipartimento di prevenzione:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- Sanità pubblica veterinaria, che comprende:
    - Sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
    - Farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche;
    - Tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- Tutela della salute nelle attività sportive (art. 8 del D.Lgs. n. 254/2000).

Va evidenziato che la Regione, con DGR 2174 del 23 dicembre 2016, ha indicato che a decorrere dal 1 gennaio 2017 i tre Dipartimenti di Prevenzione delle 2 ex Ulss soppresse sono accorpati nel Dipartimento della Ulss accorpante, costituendo da subito un unico dipartimento per l'Azienda Euganea.

SISP

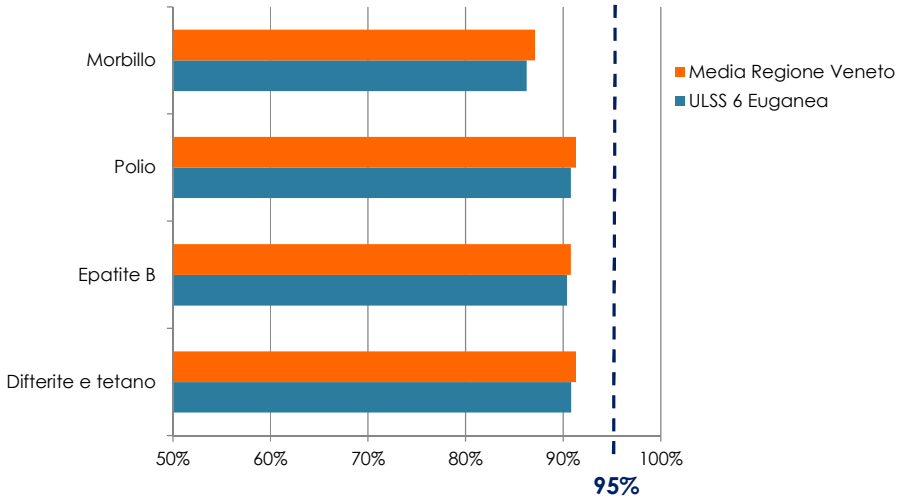
La mission del SISP è la prevenzione delle malattie infettive e non infettive, la tutela della salute degli ambienti di vita, di lavoro, sanitari, il rilascio di certificazioni medico-legali, la promozione ed Educazione alla salute.

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - SISP	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Controllo TBC - n. contatti e soggetti a rischio valutati	237	936	476
Nr. Screening TBC e vaccinati	15	1.038	326
Nr. Visite per certificazioni medico-legali	4.352	17.111	5.305
Nr. Persone visitate commissioni invalidità	3.678	8.114	5.788

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

Il grafico sotto riportato riporta i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per la coorte di nascita del 2013 per difterite-tetano, epatite B, poliomielite e morbillo. Le percentuali si attestano al di sotto del 95%, soglia-obiettivo per la copertura vaccinale fissato dalla Regione Veneto, soprattutto per ciò che riguarda la vaccinazione anti-morbillo. Nonostante nessuno dei tassi di copertura sia ancora sceso al di sotto della soglia critica del 85%, per la vaccinazione anti-morbillo si registra una preoccupante progressiva diminuzione dei tassi di copertura vaccinale per le corti di nascita che vanno dal 2008 al 2013.

Copertura vaccinale a 24 mesi anno 2015



Fonte: Dipartimento di Prevenzione

SPISAL

La sua missione è di promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso la prevenzione delle malattie, degli infortuni e delle disabilità, il miglioramento del benessere organizzativo, la crescita della cultura della prevenzione.

PREVENZIONE, PROTEZIONE, IGIENE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO - SPISAL	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Nr. inchieste per infortuni sul lavoro	119	54	53
Nr. Inchieste per malattie professionali	182	235	138
Nr. di aziende controllate – tutti i Comparti	662	1.291	555
Nr. piani di lavoro/notifiche bonifiche da amianto	605	1.242	770

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

SIAN

Compito del SIAN è tutelare il diritto fondamentale alla salute del cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti, e contrastare i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria del cittadino e della popolazione nel suo complesso, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande. Gli interventi di propria iniziativa o indotti, sono svolti secondo le leggi, norme, regolamenti in base alle professionalità presenti. Gli interventi sono organizzati in linea con gli obiettivi Aziendali sanitari e di budget. L'Area Igiene della nutrizione si occupa della prevenzione delle malattie causate da una scorretta alimentazione. L'Area Igiene degli alimenti eroga prestazioni rivolte alla tutela del consumatore ed alla sicurezza alimentare. Inoltre, attua la prevenzione ed il controllo delle tossinfezioni

alimentari, sorveglia sul corretto impiego dei prodotti fitosanitari, offre consulenza al consumo dei funghi, tutela l'uso delle acque destinate al consumo umano.

IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE - SIAN	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Nr. controlli alimenti	2.311	2.965	641

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

SIAOA

Questo Servizio si occupa dei controlli ufficiali di prodotti di origine animale nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione e trasporto; svolge la propria attività attraverso ispezioni presso gli stabilimenti riconosciuti CE e verifiche, audit e campionamenti di materie prime e prodotti finiti, presso gli operatori del settore alimentare secondo le disposizioni comunitarie, nazionali e regionali. Il Servizio svolge inoltre indagini, per gli aspetti di competenza, in occasioni di episodi di tossinfezione alimentare.

IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Attività riconosciute (macelli, laboratori)	124	53	67
Ispezioni in stabilimenti macellazione	2.730	997	1172
Ispezioni in stabilimenti produzione / lavorazione	879	1182	784

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

SIAPZ

Obiettivo del servizio è il miglioramento della qualità sanitaria delle produzioni zootecniche per la tutela del consumatore, attraverso la salvaguardia dell'igiene zootecnica, il controllo dell'alimentazione animale, del benessere animale e la vigilanza sull'impiego dei farmaci.

IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Ispezioni in allevamenti	727	201	681
Lotta al randagismo, cattura cani randagi	656	844	479
Lotta al randagismo, sterilizzazione colonie feline	645	886	616
Nr. Movimentazioni anagrafe canina	4.170	7.019	4.606

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

SSA

Il servizio svolge attività di tutela della salute collettiva e degli animali attraverso il controllo delle malattie infettive e infestive degli stessi, sia da reddito che d'affezione o sinantropi, con particolare attenzione alle malattie trasmissibili all'uomo. Tali attività vengono svolte principalmente attraverso l'esecuzione di piani di sorveglianza epidemiologica e profilassi sanitarie ai fini della eradicazione.

SANITÀ ANIMALE	EX ULSS15 DISTRETTO 4	EX ULSS16 DISTRETTI 1,2,3	EX ULSS17 DISTRETTO 5
Allevamenti avicoli controllati (n. allevamenti/capacità)	66/776.000	58/1.165.000	221/7.800.000
Capi bovini controllati per TBC	43.419	10.197	4.190
Gestione anagrafi – nr. capi movimentati	394.193	45.116	326.706

Fonte: Libri Bianchi 2016 Aziende Ulss15, Ulss16 e Ulss17

2.1.8 Il personale dipendente

Di seguito si riporta il numero dei dipendenti al 31/12/2016:

Personale per fasce d'età – Anno 2016

RUOLO / PROFILO		FASCE D'ETÀ					
		< 35	35-44	45-54	55-64	≥65	TOTALE
DIRIGENTI		**41**	**291**	**372**	**549**	**33**	**1.286**
SANITARIO	*Dirigenti medici*	39	263	315	459	28	1.104
SANITARIO	*Dirigenti non medici*	1	20	30	64	5	120
PROFESSIONALE	*Dirigenti professionale*		2	4	7		13
TECNICO	*Dirigenti tecnici*	1	1	7	5		14
AMMINISTRATIVO	*Dirigenti amministrativi*		5	16	14		35
COMPARTO		**666**	**1463**	**2833**	**1515**	**18**	**6.495**
SANITARIO	*Personale infermieristico*	451	848	1.412	483	5	3.199
SANITARIO	*Personale tecnico san.*	136	146	278	273	5	838
PROFESSIONALE	*Comparto professionale*		1	1			2
TECNICO	*Comparto tecnico*	26	145	316	231	3	721
TECNICO	*OTAA/OSS/OAA*	25	198	448	242	3	916
AMMINISTRATIVO	*Comparto amministrativo*	28	125	378	286	2	819
TOTALE		**707**	**1.754**	**3.205**	**2.064**	**51**	**7.781**

Fonte: Controllo di Gestione

Entrate ed uscite del personale – Anno 2016

RUOLO / PROFILO		MOVIMENTAZIONE DEL PERSONALE		
		USCITI	ENTRATI	SALDO
DIRIGENTI		**111**	**102**	**-9**
SANITARIO	*Dirigenti medici*	104	94	-10
SANITARIO	*Dirigenti non medici*	7	6	-1
PROFESSIONALE	*Dirigenti professionale*			
TECNICO	*Dirigenti tecnici*		2	2
AMMINISTRATIVO	*Dirigenti amministrativi*			
COMPARTO		**296**	**326**	**30**
SANITARIO	*Personale infermieristico*	126	130	4
SANITARIO	*Personale tecnico san.*	76	76	0
PROFESSIONALE	*Comparto professionale*	-	-	-
TECNICO	*Comparto tecnico*	24	23	-1
TECNICO	*OTAA/OSS*	45	75	30
AMMINISTRATIVO	*Comparto amministrativo*	25	22	-3
TOTALE		**407**	**428**	**21**

Fonte: Controllo di gestione

Si conferma uno scarso ricambio generazionale rispetto al naturale turn over del personale, dettato dal periodo storico (innalzamento dell'età pensionabile e limitate possibilità di assunzione) e dagli stringenti orientamenti normativi rispetto al contenimento dei costi delle risorse umane. La "movimentazione" del personale è di conseguenza complessivamente modesta e non supera lo 0,6% del totale. Questo aspetto si ribalta anche sull'età del personale ed in particolare sui giovani: se a livello complessivo il personale dipendente giovane (< 35 anni) non supera il 9%, restringendo il focus all'ambito tecnico – amministrativo questo valore si attesta attorno al 1%.

2.1.9 Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Risultati economici

AZIENDA ULSS N. 15	BILANCIO DI ESERCIZIO 2015	4° CEPA 2016
Valore della produzione (A)	€ 445.658.332	€ 449.603.015
Costo della produzione (B)	€ 435.687.819	€ 442.720.526
Proventi e oneri finanziari (C)	€ -241.056	€ -162.550
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0
Proventi ed oneri straordinari (E)	€ 294.820	€ 2.603.863
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	**€ 10.024.277**	**€ 9.323.802**
Imposte sul reddito dell'esercizio (Y)	€ 9.009.506	€ 9.176.090
RISULTATO DI ESERCIZIO	**€ 1.014.771**	**€ 147.712**

AZIENDA ULSS N. 16	BILANCIO DI ESERCIZIO 2015	4° CECT 2016
Valore della produzione (A)	€ 925.056.552	€ 952.430.271
Costo della produzione (B)	€ 938.651.635	€ 964.727.168
Proventi e oneri finanziari (C)	€ -433.487	€ -763.277
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0
Proventi ed oneri straordinari (E)	€ -1.228.821	€ -2.627.041
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	**€ -15.257.391**	**€ -15.687.214**
Imposte sul reddito dell'esercizio (Y)	€ 9.534.193	€ 9.324.196
RISULTATO DI ESERCIZIO	**€ -24.791.584**	**€ -25.011.411**

AZIENDA ULSS N. 17	BILANCIO DI ESERCIZIO 2015	4° CECT 2016
Valore della produzione (A)	€ 327.625.439	329.249.709,37
Costo della produzione (B)	€ 346.390.959	342.976.132,71
Proventi e oneri finanziari (C)	€ -42.433	-56.865,20
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	€ -706	0
Proventi ed oneri straordinari (E)	€ 994.800	1.868.613,50
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	**€ -17.813.859**	**-11.914.675,04**
Imposte sul reddito dell'esercizio (Y)	€ 6.749.638	6.715.472,20
RISULTATO DI ESERCIZIO	**€ -24.563.497**	**-18.630.147,24**

Fonte: Servizio Economico Finanziario

Al fine di garantire l'equilibrio economico del SSR per l'esercizio 2016 la Regione Veneto ha emanato la DGRV n. 1632 del 21/10/2016 ad oggetto "DGRV 16 agosto 2016, n. 1315 - piano di revisione della spesa volto al perseguimento dell'equilibrio economico del SSR per l'esercizio 2016". Sulla base delle analisi svolte con tale provvedimento si è provveduto, da parte dei competenti uffici regionali, all'inserimento di:

- Contributi in conto esercizio sulla base del riparto del FSR;
- Stime dei ricavi da ripartire del Fondo nazionale per la non autosufficienza;
- Ulteriori ricavi a copertura dei costi per i nuovi farmaci per l'epatite C;
- Ulteriori ricavi alle Aziende in piano di rientro secondo le disposizioni contenute nella DGRV n. 1428 del 6 agosto 2013;
- Ricavi da mobilità attiva intraregionale aggiornati sulla base dell'effettivo trend della produzione sanitaria;
- Ulteriori contributi per quota FSR a titolo di investimento e all'aggiornamento delle rettifiche dei contributi in conto esercizio da destinare ad investimenti.

L'effetto positivo derivante da tali manovre sul fronte del valore della produzione deve necessariamente essere accompagnato e supportato da interventi sul costo della produzione. A tal proposito sono stati rideterminati i vincoli di costo definiti per l'esercizio 2016 con DGRV n. 28/2016. L'analisi è stata focalizzata sul tetto assegnato all'acquisto di dispositivi medici (esclusi i diagnostici in vitro) e sul tetto del personale dipendente, incrociando, ove necessario, le previsioni di costo con i dati di attività disponibili. È stato quindi definito il risultato economico programmato per l'anno 2016 (ex Ulss 15 pareggio di bilancio, ex Ulss 16 -€ 22 mln, ex Ulss 17 -€ 17 mln.).

Con la successiva DGRV n. 2294 del 30/12/2016 ad oggetto "ulteriore assegnazione finanziaria alle Aziende Sanitarie per il perseguimento dell'equilibrio economico del SSR nell'esercizio 2016" vengono assegnati ulteriori finanziamenti per l'erogazione dei LEA, per anticipazione dei proventi derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale, per compensazione dei contributi indistinti oltre all'autorizzazione a liberare le risorse accantonate in esercizi precedenti.

A seguito di questa ulteriore manovra la stima del risultato economico del IV trimestre 2016 determinato dalla Regione risulta essere per l'ex Ulss 15 pari a +€ 48.186, per l'ex Ulss 16 pari a -€ 25.487.411 e per l'ex Ulss 17 -€ 16.925.068.

Occorre definire un piano strategico che, nel corso del prossimo quadriennio, dovrà consentire un graduale recupero dello squilibrio economico, per riportare il sistema in una situazione di sostenibilità complessiva. La declinazione degli obiettivi regionali ed aziendali e delle azioni conseguenti sarà orientata in questo senso.

2.1.10 Tempistiche di pagamento

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, applicando una formula definita dal DPCM 22 settembre 2014. Un segno negativo dell'indicatore evidenzia che l'Azienda effettua mediamente pagamenti al di sotto della data di scadenza, mentre un segno positivo significa che il pagamento avviene mediamente oltre la scadenza della fattura. Si riportano le tempistiche di pagamento riferite alle tre ex aziende ULSS.

EX ULSS	TEMPI DI PAGAMENTO	
	2015	2016
Ex ULSS15	- 2,63	3,73
Ex ULSS16	23,21	0,72
Ex ULSS17	2,98	- 0,36

Fonte: portale aziendale Ulss15, Ulss16 e Ulss17. Sezione Amministrazione Trasparente

Considerato che, in base alla normativa vigente, i pagamenti delle Aziende Sanitarie devono essere effettuati a 60 giorni dalla data di ricezione della fattura, ai fini dell'accertamento della conformità della merce o dei servizi, e che tale attività non può avere una durata superiore a 30 giorni, nel caso delle tre ex-ULSS risultano pagamenti compresi tra gli 60e 64 giorni, con dati in netto miglioramento per quanto riguarda le ex-ULSS16 e ex-ULSS17.

2.2 La normativa di riferimento

La normativa di riferimento si identifica con l'intera legislazione che a livello nazionale e regionale si occupa di regolamentare il settore socio sanitario, dagli aspetti organizzativo-strutturali più ampi agli specifici ambiti di attività. Appare opportuno citare con particolare rilevanza i provvedimenti più stringenti e recenti cui è necessario riferirsi in un'ottica di programmazione triennale e annuale al fine di inquadrare in modo più specifico la normativa di contesto.

2.2.1 Contesto nazionale

La legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio 2017) si occupa del settore sanitario concentrando l'attenzione su alcune aree prioritarie di intervento:

- Le risorse per il pubblico impiego e il finanziamento del SSN
- L'efficientamento dei servizi sanitari regionali
- La governance farmaceutica
- Il piano delle vaccinazioni
- I malati non autosufficienti
- La sanità digitale con particolare attenzione al Fascicolo Sanitario Elettronico

In materia di risorse per il pubblico impiego vengono definiti gli stanziamenti per l'anno 2017 e 2018 (1.920,8 milioni di euro per l'anno 2017 e 2.633 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018) e, soprattutto,

viene istituito un fondo per finanziare la contrattazione collettiva nel pubblico impiego per il triennio 2016-2018 che riprenderà a livello nazionale. La normativa, come di consueto, definisce inoltre il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato (FSN) rideterminandolo per il 2017 a 113 miliardi di euro, che salgono a 114 nel 2018 e a 115 nel 2019.

Particolare attenzione viene dedicata alla tematica dell'efficientamento dei servizi sanitari con alcune misure che da un lato inaspriscono alcune restrizioni e dall'altro favoriscono e premiano misure di razionalizzazione: si prevedono forme sperimentali per il 2017 per migliorare e riqualificare il Servizio sanitario regionale attraverso l'incremento (di una quota pari allo 0,1% del finanziamento del SSN) della quota premiale del finanziamento del SSN per le Regioni che presentano apposito programma di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, integrativo dell'eventuale Piano di rientro. Dall'altro lato viene ridotto il tetto dei parametri economici rispetto ai quali le aziende sanitarie e i presidi ospedalieri devono adottare un piano di rientro triennale: viene fissato al 7% dei ricavi o, in valore assoluto, a 7 milioni di euro (invece degli attuali 10% per cento e 10 milioni di euro) il valore del disavanzo tra i costi e i ricavi quale presupposto per l'adozione e l'attuazione di un piano di rientro.

È' previsto il perfezionamento delle misure di efficientamento della spesa per acquisti nella pubblica amministrazione attraverso l'individuazione di nuovi strumenti di acquisto centralizzato tramite Consip. La norma cita esplicitamente modelli organizzativi che prevedono l'acquisizione di beni durevoli e la concessione dell'utilizzo degli stessi da parte delle amministrazioni interessate al fine di recuperare efficienza nei processi e nei costi di acquisto inclusi gli oneri amministrativi connessi all'espletamento delle procedure di approvvigionamento oltre che ad una maggiore tracciabilità, trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa. È' previsto, infine, entro febbraio 2017, un accordo da sancirsi in sede di Conferenza Stato-Regioni per definire delle linee di indirizzo per l'efficientamento e di standard con riferimento ai magazzini e alla logistica distributiva.

La Legge di bilancio 2017, pur mantenendo la percentuale di incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo Sanitario nazionale al 14,85%, rimodula sensibilmente le percentuali delle sue componenti, riducendo il costo di acquisto dalle farmacie in convezione in favore dell'acquisto diretto delle Aziende Sanitarie: la farmaceutica territoriale, infatti, che assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata" scende dall'11,35% al 7,96% mentre la farmaceutica ospedaliera, che comprende la spesa dei farmaci acquistati in distribuzione diretta e per conto, denominata "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti", sale dal 3,5% al 6,89%. Vengono istituiti due Fondi con una dotazione di 500 milioni di euro ciascuno dedicati ai medicinali innovativi e agli oncologici innovativi. Inoltre sono previste nuove norme sulla sostituibilità dei farmaci biologici con i loro biosimilari e sull'acquisto dei farmaci biologici a brevetto scaduto.

Sono previste specifiche risorse per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano nazionale Vaccini. Nello specifico, a decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del FSN, vengono destinati 100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni di euro per il 2018 e 186 milioni di euro a decorrere dal 2019: sarà siglata un'Intesa Stato-Regioni entro il 31 gennaio 2017 per definire i criteri di riparto.

La legge di bilancio interviene, inoltre, in materia di fondo per la non autosufficienza rivedendo i criteri di riparto.

Nell'ambito del F.S.E. nel 2017 dovrà essere garantita l'interoperabilità tra le piattaforme regionali e l'infrastruttura nazionale compresi i dossier farmaceutici regionali e l'identificazione dell'assistito attraverso l'allineamento con l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti. La realizzazione del F.S.E rientra tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo. Viene introdotto l'istituto del commissariamento qualora la regione non rispetti i termini per la realizzazione del F.S.E.

2.2.2 Contesto Regionale

La **Legge Regionale 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". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*" rappresenta oggi il più importante e recente riferimento normativo. L'elaborazione di una riforma sanitaria a livello regionale che modifica in modo significativo l'assetto strutturale delle ULSS e cambia le modalità di funzionamento di alcuni processi grazie alla nascita dell'Ente Azienda Zero richiederà, necessariamente, un'attenzione particolare a tutti i provvedimenti di attuazione della stessa e alle modalità operative attraverso cui si dovrà realizzare, nei prossimi anni, il nuovo assetto.

Vale la pena riportare di seguito le funzioni dell'Azienda Zero, in rapporto agli enti del SSR, all'art.2 della legge stessa:

1. Le funzioni che spettano ad Azienda Zero sono:

> *[…]*
>
> *g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:*
>
> > *1) gli **acquisti centralizzati** nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;*
> >
> > *2) le **procedure di selezione del personale** del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;*
> >
> > *3) il **supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico** di valenza regionale;*
> >
> > *4) le **procedure di accreditamento ECM**;*
> >
> > *5) il **supporto al modello assicurativo** del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;*
> >
> > *6) le **infrastrutture di tecnologia informatica**, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;*
> >
> > *7) **l'autorizzazione all'esercizio** delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;*
> >
> > *8) la **gestione del contenzioso del lavoro e sanitario**, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;*

*9) la progressiva razionalizzazione del **sistema logistico**;*

*10) i servizi tecnici per la valutazione della **HTA**;*

*11) la attivazione entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge del **fascicolo sanitario elettronico** […]*

*h) l'indirizzo e il coordinamento degli **Uffici Relazioni con il Pubblico** in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.*

2. La Giunta regionale con successivi provvedimenti, sentita la competente commissione consiliare, può attribuire alla Azienda Zero le seguenti funzioni:

[…]

*e) la **definizione dei sistemi e dei flussi informativi**, il **sistema di auditing** e il **controllo interno**;*

La **Legge Regionale n. 30 del 30 Dicembre 2016** denominata "Collegato alla Legge di stabilità regionale 2017" si occupa nel Capo VII di Sanità con specifiche previsioni in ambito organizzato e con particolare attenzione alla tematiche delle liste d'attesa. La norma ribadisce che le Aziende Ulss ed ospedaliere devono rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie. Almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi previsti da ogni classe di priorità mentre il restante 10% deve essere erogato entro i successivi 10 giorni nel caso di classe B ed entro i 30 giorni negli altri casi. Il centro di prenotazione (CUP) deve essere unico per ogni Azienda e devono afferire allo stesso anche gli erogatori privati. Le Aziende Ulss ed ospedaliere assicurano ordinariamente i servizi ambulatoriali per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23 per almeno 3 giorni alla settimana, e dalle 8 alle 12 la domenica e i giorni festivi. La programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per 12 ore al giorno per sei giorni alla settimana.

La **DGRV 2174 del 23 Dicembre 2016** rappresenta la disposizione regionale più recente che fornisce indicazioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale con particolare attenzione alle azioni da attuare nel corso dell'anno 2017 o da programmare in periodo di tempo più lungo; pur inserendosi in un quadro normativo più ampio e ricollegandosi a precedenti provvedimenti, si occupa nello specifico dei seguenti aspetti:

- Risorse Umane: sono fornite indicazioni relative all'anno 2017 riguardanti il personale alle quali gli enti del SSR dovranno attenersi;
- Edilizia sanitaria: ridefinisce la regolamentazione amministrativa di alcuni adempimenti rispetto a progetti relativi alle opere di edilizia sanitaria in modo da assicurare un'applicazione coordinata delle autonome normative e chiarire dubbi procedimentali;
- Assistenza territoriale e cure primarie: sono fornite specifiche disposizioni su diversi aspetti relativi ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta;

- Rete dei comitati etici: viene ridisegnata la rete dei comitati etici della Regione con decorrenza 01/01/2017;
- Assistenza psichiatrica: viene fornito l'elenco delle Unità di offerta censite in STS 11 con attribuzione del tipo di assistenza S05 assistenza psichiatrica;
- Erogatori privati accreditati: sono trasferiti in capo alle Aziende ULSS incorporanti i rapporti giuridici esistenti con erogatori privati accreditati presenti negli ambiti delle Aziende ULSS e dei territori comunali incorporati; viene approvato l'elenco aggiornato degli erogatori privati accreditati;
- Piani di zona, registro unico della residenzialità in area anziani non autosufficienti e in area disabilità, impegnative di cura domiciliare: sono previste specifiche disposizioni in materia;
- Autorizzazione e accreditamento: sono previste specifiche disposizioni in materia;
- Gestione sinistri e rischio clinico: si confermano le modalità operative sviluppate durante la fase sperimentale e l'affidamento all'U.O. Risorse Strumentali di Area dell'attività di coordinamento, supporto e monitoraggio delle attività aziendali di gestione sinistri e rischio clinico;
- Assistenza farmaceutica integrativa e protesica: sono previste specifiche disposizioni in materia;
- Cure intermedie: viene effettuata una ricognizione dei centri e presidi di riabilitazione, degli hospice, degli ospedali di comunità e unità riabilitative territoriali nonché delle comunità alloggio per malati di aids;
- Nuovi codici ospedali: viene fornito l'elenco delle nuove codifiche degli ospedali;
- Sistema dei controlli: viene disciplinata l'organizzazione del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto;
- Liste d'attesa: sono fornite specifiche indicazioni sulla gestione delle liste di attesa alla luce del percorso di accorpamento delle ULSS;

Rispetto a tali riferimenti strategici, i cui dettagli saranno trattati nelle specifiche sezioni dedicate, è importante ricordare ulteriori riferimenti normativi che emergeranno in modo preponderante e rappresentano le principali indicazioni in materia:

- DGR 1969 del 06 Dicembre 2016 che prevede "Approvazione di un Protocollo d'intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardanti i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della LR 91/2016 [...] e che fornisce indicazioni per la destinazione dei risparmi derivanti dal Piano di razionalizzazione della spesa per il triennio 2017 – 2019.
- DGRV n.140 del 16/02/2016 con la quale vengono approvate le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia.
- Il Decreto Ministeriale 70 del 02.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- Legge 6 novembre 2012 n. 190 sulla repressione della corruzione e dell'illegalità nella PA
- Decreto Legge n. 98 del 6 luglio 2011 convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" che nello specifico all'art. 16 prevede il contenimento della spesa in materia di impiego pubblico e ai commi 4 e 5 richiede i piani triennali di razionalizzazione e riqualificazione della spesa da adottare entro il 31 marzo;
- Il nuovo DPCM sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), in corso di approvazione, diverrà immediatamente valido una volta pubblicato in Gazzetta Ufficiale superando il D.P.C.M. 29/112001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- 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);
- DGRV n. 2122 del 19/11/2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle Strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla LR 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative, dei servizi e delle Strutture di ricovero intermedie. La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1625 del 21 ottobre 2016 effettua una ricognizione e rideterminazione della dotazione ospedaliera per acuti alla luce della Legge di Stabilità 2016 e del DM 70/2015 rivedendo, in parte, le disposizioni della DGRV 2122.

Senza obiettivo non c'è sistema.

Deming William Edwards

3. Le linee programmatiche per il triennio

In un momento storico di riforma, trasformazione e ridisegno delle aziende sanitarie in tutti i suoi ambiti, si rende ancor più necessaria la definizione di linee programmatiche di ampio respiro, al fine di mantenere da un lato un orientamento ed un assetto stabile della programmazione su più anni, dall'altro la flessibilità e la dinamicità necessaria per adattare velocemente gli obiettivi all'evoluzione del contesto in cui si opera.

Le principali linee di azione individuate sono:

1. Appropriatezza e tempi di attesa;
2. Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze;
3. Riordino dell'area territoriale;
4. Promozione della salute attraverso la prevenzione;
5. Efficientamento dell'area amministrativa;
6. Sviluppo di sistemi di comunicazione efficaci per facilitare l'accesso.

Nello sviluppo di tali tematiche si porrà particolare attenzione a quanto rientra o si collega potenzialmente con le competenze dell'Azienda Zero: gli acquisiti, la selezione del personale, l'area della formazione, l'accreditamento, l'Health Technology Assessment (HTA), la logistica, le relazioni con i cittadini (URP), l'area informatica e la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.

3.1 Appropriatezza e tempi di attesa

Tra le novità più importanti ed impattanti contenute nel collegato alla legge di stabilità regionale 2017 vi sono gli interventi per il governo delle liste d'attesa. Essi riguardano innanzitutto la ridefinizione della tempistica di erogazione:

1) Classe U (Urgente) entro 24 ore dalla presentazione;
2) Classe B (Breve Attesa) entro 10 giorni dalla prenotazione;
3) Classe D (Differita)entro 30 giorni dalla prenotazione;
4) Classe P (Programmabile)entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

Almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità da parte delle Aziende ULSS e ospedaliere

nonché dalle strutture private accreditate. Il restante 10 per cento deve essere erogato entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B, entro i successivi trenta giorni negli altri casi.

Altre disposizioni riguardano l'attivazione del teleconsulto tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale, la presa in carico del paziente da parte dello specialista, l'organizzazione del CUP, l'ampliamento degli orari di apertura con accessi anche sino alle 23 (per tre volte alla settimana) e la domenica e festivi dalle 8 alle 12, i volumi delle prestazioni in libera professione. Per l'attuazione di tutto questo deve essere istituito un tavolo di monitoraggio che "*ha il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera sia di specialistica interna, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti*".

La suddetta legge prevede anche facilitazioni per l'utente per segnalare criticità legate ai tempi di attesa, grazie ad un numero verde regionale, oltre a poter accedere ad uno sportello dedicato in Azienda per almeno un giorno alla settimana.

Tutto ciò sotto il controllo di un tavolo di monitoraggio che "*ha il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera sia di specialistica interna, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti*"

Infine vengono stabiliti i tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono, inderogabilmente, i seguenti:

a) Classe A: 30 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;

b) Classe B: 60 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;

c) Classe C: 90 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;

d) Classe D: 180 giorni dalla data di fissazione dell'intervento.

Gli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ) sono inseriti nella classe di priorità A, anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

L'Azienda, in attesa delle indicazioni regionali, ha avviato e procederà nel corso del 2017 all'integrazione dei CUP, sul piano funzionale, tecnico ed organizzativo, al coinvolgimento dei privati accreditati nel governo dell'appropriatezza, nella partecipazione serale, notturna e festiva.

3.2 Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze

Anche nell'ambito sanitario e socio – sanitario sono in fase di avvio alcuni processi riorganizzativi, sviluppando da un lato il tema delle reti cliniche e dall'altro la ri-mappatura dei sevizi, con la massima attenzione verso i bisogni del paziente ed ai migliori percorsi di cura. La valorizzazione delle eccellenze sarà in quest'ottica un punto fondamentale di tutta la programmazione 2017 – 2019 e la possibilità di

confronto delle best practice in ambito clinico e sanitario diventano opportunità per farle emergere e crescere su un territorio più ampio, con indubbi vantaggi per il cittadino.

Anche nel campo delle tecnologie tale approccio può portare, previa la definizione dei percorsi del paziente, alla massimizzazione nell'utilizzo delle grandi apparecchiature oltreché ad una crescita complessiva dell'azienda da un punto di vista professionale. Il robot di urologia presente presso il P.O. di Camposampiero, a mero titolo di esempio, rappresenta una delle tante possibilità che potranno emergere nel triennio.

3.2.1 Reti cliniche

Lo sviluppo delle reti cliniche deve essere considerato sotto i due aspetti:

- Reti cliniche regionali, previste dal PSSR 2012 – 2016, secondo il modello hub & spoke (rete oncologica, rete emergenza urgenza, rete per la gestione delle sindromi coronariche acute, rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta, rete per le gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica, etc).
- Reti cliniche intra-aziendali, intese come reti tra professionisti all'interno dell'Azienda Ulss6 Euganea.

Se per quanto concerne le prime si tratta di dare sempre più attuazione concorrendo alla programmazione regionale, per le seconde lo sviluppo delle reti è funzionale non solo al collegamento tra loro degli specialisti della stessa branca, ma soprattutto all'interscambio tra medici di discipline diverse per garantire al meglio l'accesso e la continuità delle cure al paziente. Su questo fronte molto si potrà sviluppare nel corso del triennio avviando diversi processi e mettendo in connessione i professionisti delle diverse strutture ospedaliere. L'area della pediatria rientra sicuramente nelle priorità del triennio assieme alla rete della senologia e alla rete del trauma, che si collega all'obiettivo del CTO descritto nel prossimo paragrafo.

3.2.2 Centro Traumatologico Ortopedico (CTO)

La DGRV 2122 del 19 novembre 2013, prevedendo l'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera ai sensi del PSSR 2012 – 2016, si pone come specifico obiettivo quello di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale al fine di rendere il sistema più coerente ai cambiamenti socio-epidemiologici, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, di garantire una più equa distribuzione delle risorse e di adottare più efficienti modelli gestionali. Tra le specifiche previsioni stabilisce di classificare l'Ospedale di Camposampiero quale Centro Traumatologico Ortopedico di riferimento con la precisa indicazione di elaborare con il Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza (CREU) specifici protocolli operativi validi per l'intero territorio regionale per la gestione dei relativi pazienti. Il progetto si pone l'ambizioso obiettivo di realizzare una struttura che si inserisca nella rete traumatologica della Regione del Veneto configurandosi come centro di secondo livello in termini di gestione della traumatologia; per garantire elevati livelli di prestazioni, la programmazione regionale ha previsto, inoltre, una collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova in modo da assicurare la copertura sulla

traumatologica anche per alcune specialità come Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare o Chirurgia Maxillo-Facciale.

Nel corso dell'anno 2016, per raggiungere tale obiettivo, si è reso necessario sviluppare un percorso di ridefinizione degli spazi fisici e di alcuni aspetti organizzativi al fine di permettere l'avvio del Centro Traumatologico Ortopedico con un primo livello di attività garantite e un'attenzione prioritaria ai traumi del bacino. L'impegno per il 2017 sarà di attivare a tutti gli effetti il CTO valorizzando ulteriormente tale polo traumatologico attraverso la costruzione della rete del trauma e ampliando l'attività anche attraverso il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera di Padova per quanto concerne le specialistiche.

3.2.3 Mobilità passiva

Un obiettivo indiretto, ma determinante per la sostenibilità economica dell'Azienda, è la riduzione della mobilità passiva. Se si dovesse definire il posizionamento ad oggi dell'Azienda ULSS6 Euganea nel SSR Veneto si potrebbe definire ancora una azienda *spoke* che, per le alte specialità e le alte complessità ha quale riferimento sul territorio l'Azienda Ospedaliera di Padova e, per le patologie oncologiche, l'IRCCS IOV. Questa premessa è necessaria per contestualizzare i dati di mobilità sanitaria di seguito esposti che, nel corso del 2016, sono stati spesso ripresi ed analizzati in diversi contesti. Questa prospettiva dei dati di mobilità consolidati del 2015 è stata prodotta "depurando" la mobilità tra le diverse Aziende ULSS15, 16 e 17:

AREA DI ASSISTENZA	MOBILITÀ ATTIVA (€)	MOBILITÀ PASSIVA (€)				SALDO (€)
		AOP	*IOV*	*ALTRE AZIENDE SSR*	TOTALE	
Ricoveri	45.387.914	148.768.845	7.228.692	48.921.331	204.918.868	**-159.530.954**
Medicina di Base	268.115	-	-	334.323	335.323	**-67.208**
Specialistica Ambulatoriale	14.365.915	38.106.982	18.210.594	16.488.914	72.807.491	**-58.441.576**
Farmaceutica Territoriale	1.914.081	-	-	2.893.454	2.893.454	**-979.373**
Termalismo	2.746.040	-	-	102.014	102.015	**-2.644.025**
Somm. Diretta Farmaci	4.611.873	43.497.754	15.112.912	7.579.501	66.190.165	**-61.578.292**
Trasporti Sanitari	191.252	515.906	14.015	234.515	764.485	**-573.233**
Riabilitazione / Hospice	458.265	620.200		813.085	1.433.285	**-975.020**
TOTALE (€)	**69.943.455**	**231.509.687**	**40.566.213**	**77.367.137**	**349.445.086**	**-279.501.631**

Fonte: Flussi di mobilità – Controllo di gestione Ulss6 Euganea

Si può vedere che il profilo dei dati di mobilità è in linea con quello di una azienda *spoke*; per la sola popolazione residente nel territorio dei distretti 1,2 e 3 (ex ULSS16), 14.226 ricoveri sono erogati dai presidi S. Antonio e Immacolata Concezione (controvalore di 49 mln €) e quasi 33.300 dall'Azienda Ospedaliera di Padova (119 mln €). Su scala provincialel'ULSS6 Euganea eroga ai propri residenti ca 57.500 ricoveri / anno (controvalore di circa 200 mln €), a fronte di un ricorso all'AOP per quasi 40.000 ricoveri (ca 160 mln €).

Alla luce di quanto sopra esposto dovranno essere sviluppate nel corso del triennio politiche aziendali che, valutando il nuovo bacino di assistiti ed i potenziali sviluppi e sinergie in chiave provinciale, portino ad una riduzione della mobilità o al raggiungimento di accordi ad hoc con le strutture di destinazione o le aziende territoriali di provenienza.

3.2.4 Volumi ed esiti DM 70/2015

Il raggiungimento dei volumi minimi e degli esiti definiti dal DM70 sono e rimarranno obiettivi prioritari per l'azienda. Le aree critiche rilevate nel 2016 per le tre aziende, riportate nelle tabelle sottostanti, possono e devono essere riviste in ottica provinciale.

Volumi Infarto Miocardico Acuto (IMA). (Struttura di dimissione - soglia=100) – Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	VOLUME – STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	168
	P.O. Cittadella	205
ULSS16	C.C. V.Maria	1
	C.C. Abano Terme	33
	P.O. S. Antonio	77
	P.O. Piove di Sacco	143
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	261

Volumi Interventi per TUMORE DELLA MAMMELLA (Struttura di dimissione - soglia=150) Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	VOLUME – STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	111
	P.O. Cittadella	87
ULSS16	C.C. Abano Terme	181
	P.O. S. Antonio	1
	P.O. Piove di Sacco	21
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	64

Volumi PARTI (Struttura di dimissione - soglia=500) - Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	VOLUME – STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	1.475
	P.O. Cittadella	1.171
ULSS16	C.C. Abano Terme	828
	P.O. Piove di Sacco	384
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	877

Volumi interventi di Angioplastica Coronarica Percutanea (PTCA). (Struttura di dimissione - soglia=250) - Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	VOLUME – STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	5
	P.O. Cittadella	388
ULSS16	P.O. S. Antonio	3
	P.O. Piove di Sacco	172
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	317

Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 2gg - (Struttura di dimissione - soglia=60%)
Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	Casi 65/84 - 77,38%
	P.O. Cittadella	Casi 9/31 - 29,03%
ULSS16	P.O. S. Antonio	Casi 1/16 – 6,25%
	P.O. Piove di Sacco	Casi 8/14 - 57,14%
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	Casi 39/95 – 41,05%

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria <3gg (Struttura di dimissione - soglia=70%) Stima anno 2016(dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	Casi 71/77 - 92,21%
	P.O. Cittadella	Casi 100/119 - 84,03%
ULSS16	P.O. S. Antonio	Casi 104/120 – 86,67%
	P.O. Piove di Sacco	Casi 26/53 - 49,06%
	C.C. Abano Terme	Casi 86/95 – 90,53%
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	Casi 106/144 – 73,61%

Proporzione di parti con taglio cesareo primario in strutture con meno di 1.000 parti annui (Struttura di dimissione - soglia=15%)
Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	VOLUME – STIMA ANNUA
ULSS16	C.C. Abano Terme	Casi 109/719 – 15,16%
	P.O. Piove di Sacco	Casi 67/272 – 24,63%
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	Casi 149/686 – 21,72%

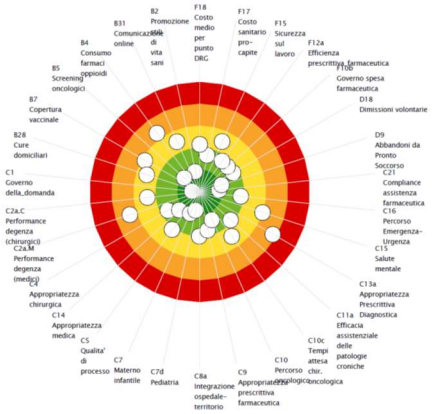
Proporzione di parti con taglio cesareo primario in strutture con almeno 1.000 parti annui (Struttura di dimissione - soglia=25%)
Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	Casi 191/1195 – 15,98%
	P.O. Cittadella	Casi 144/925 – 15,57%

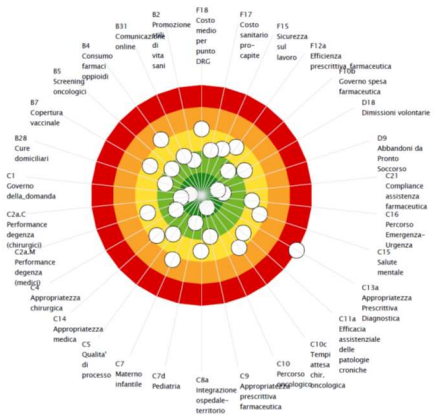
Intervento chirurgico entro 2 gg a seguito di frattura del collo del femore nel paziente anziano (Struttura di dimissione - soglia=60%) Stima anno 2016 (dati 01/01/16-30/09/16)

AZIENDA	STRUTTURA	STIMA ANNUA
ULSS15	P.O. Camposampiero	Casi 88/109 - 80,73%
	P.O. Cittadella	Casi 72/109 - 66,06%
ULSS16	P.O. S. Antonio	Casi 15/29 – 51,72%
	P.O. Piove di Sacco	Casi 67/85 – 78,82%
	C.C. Abano Terme	Casi 44/74 – 59,46%
ULSS17	P.O. PD Sud M.T. di Calcutta	Casi 149/195 – 76,41%

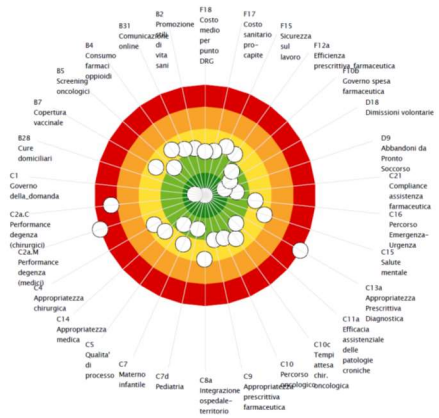
3.2.5 Bersaglio



Bersaglio ULSS15 – Anno 2015



Bersaglio ULSS16 – Anno 2015



Bersaglio ULSS17 – Anno 2015

Il Laboratorio MeS, Management e Sanità, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna ha sviluppato un sistema di valutazione della performance di un gruppo di otto Regioni – incluso il Veneto. Il sistema di valutazione permette il confronto a livello regionale e aziendale sui circa 200 indicatori, selezionati tramite un processo di condivisione tra le Regioni. Dal report 2015, sintetizzato nelle immagini sopra riportate, emergono per le tre aziende alcune aree di criticità, riportate di seguito. Obiettivo per i prossimi anni sarà quello di migliorare progressivamente la performance implementando l'ulteriore area del benessere organizzativo.

CRITICITÀ BERSAGLIO - EX ULSS15 – DISTRETTO 4
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi
C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (# 65 anni)
C2a. M Indice di performance degenza media per acuti – ricoveri per DRG medico (gg)
C2a Indice di performance degenza media per acuti
C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
B5.1.5 Tempo intercorrente tra mammografia di screening con esito positivo e prima …
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata (gg)

CRITICITÀ BERSAGLIO - EX ULSS16 – DISTRETTI 1,2,3
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi
C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (# 65 anni)
C14.4 % di ricoveri medici oltre soglia >65 anni
C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C18.1 Costo medio per punto DRG min dei ricoveri acuti (euro)
C5.3.2 Adesione corretta allo screening colonrettale (%)
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata (gg)
C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto (gg)

CRITICITÀ BERSAGLIO - EX ULSS17 – DISTRETTO 5
C8B.2 Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 gg per 1.000 residenti
C13a.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (# 65 anni)
C14.4 % di ricoveri medici oltre soglia >65 anni
C2a.C Indice di performance degenza media per acuti – ricoveri per DRG chirurgico (gg)
C2a.M Indice di performance degenza media per acuti – ricoveri per DRG medico (gg)
C16.1 % di pazienti con codice giallo visitato entro 30 minuti
C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata (gg)
C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto (gg)

Fonte: report 2015 progetto Bersaglio

3.2.6 Rischio clinico

L'area del rischio clinico rientra tra le aree strettamente collegate alle funzioni dell'Azienda Zero. Per l'anno 2017 l'Azienda in applicazione alla disposizioni e indicazioni Regionali e Ministeriali, si propone di proseguire l'attività implementata negli ultimi anni, ed in particolare:

- Applicazione dei criteri di autovalutazione di cui al progetto Carmina (DGRV 567/2015)
- Autoassicurazione: individuazione tempestiva delle azioni di miglioramento volte a tutelare l'Azienda dal ripresentarsi dei eventi avversi (eventuale uso di format) e monitoraggio loro efficacia (eventuale richiesta di report sistematici di monitoraggio)
- Monitoraggio al Ministero degli Eventi Sentinella tramite SIMES (Questionario LEA: as - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
- Formulazione ed attuazione dei piani di contenimento del rischio clinico, che recepiscano le azioni correttive suggerite dal Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, liste d'attesa e sicurezza del paziente, nell'ambito delle visite di verifica.

In quest'ambito particolare attenzione deve essere data al tema delle infezioni in ambito assistenziale, comprese le strutture residenziali territoriali, con particolare riferimento alla problematica emergente della multi-resistenza.

3.3 Il riordino dell'area territoriale

La vastità dell'Azienda Euganea, con forti differenze in termini di popolazione (vedi paragrafo2.1.1) e di organizzazione dell'area socio-sanitaria impone di ripensare l'insieme dei servizi al cittadino nell'ottica di:

- Parità di accesso;
- Miglior utilizzo delle risorse;
- Migliore integrazione con strutture ad alta complessità.

Le aree di interesse sono le aree dei pazienti fragili, dei minori, della salute mentale e delle dipendenze, l'area della protesica e delle continuità delle cure. In ognuno di questi ambiti prioritari occorre revisionare i processi e procedere verso una omogeneizzazione, dai criteri di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali, alla filiera di gestione del minore, all'assistenza protesica.

Un intervento strategico riguarda anche la migliore gestione ed integrazione dell'ospedale con le strutture del territorio, uniformando ed informatizzando le dimissioni protette, per garantire percorsi facilitati per i pazienti più deboli, evitando la re-ospedalizzazione, anche nell'ottica di migliorare nelle relative performance del Bersaglio.

3.3.1 Medicine di Gruppo Integrate

Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 evidenzia la necessità di sviluppare le Cure Primarie, riconoscendole quale funzione centrale del SSSR. Più in dettaglio il quadro programmatorio regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate. Nel modello veneto le Medicine di Gruppo Integrate sono team multi professionali, costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

- Erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
- Assicurano un'assistenza h24, 7gg su 7;
- Sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Per questo le Medicine di Gruppo Integrate devono garantire agli assistiti:

- Una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento e strutturando una integrazione effettiva con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24;
- Una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali.

Le Medicine di Gruppo Integrate, così definite, vengono a costituire il fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale in conformità alle linee strategiche delineate dal Piano Socio-Sanitario Regionale. Il fine ultimo è quello di rispondere ai bisogni di salute prioritari che, per quanto riguarda l'assistenza primaria, sono:

- La prevenzione e l'educazione a stili di vita sani;
- La garanzia di alta accessibilità per i problemi acuti;
- La presa in carico dei malati cronici e delle persone non autosufficienti;

- La garanzia di equità ed uniformità dei servizi nel territorio, ivi compresa la sostenibilità economica.

Le Aziende provinciali, come definito nella Legge Regionale N.19 del 2016, art.14 comma 5, devono garantire entro il 31 dicembre 2017 l'attivazione di almeno il 60% dei medici di medicina generale nelle medicine di gruppo integrate e l'attivazione di almeno l'80% entro il 31 dicembre 2018. Tale processo deve autosostenersi attraverso il raggiungimento degli obiettivi peculiari della medicina di gruppo.

3.3.2 Strutture Intermedie

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, ha introdotto importanti novità nell'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario Veneto. Tra le più rilevanti, la nuova impostazione dei servizi di assistenza e di cura, puntando a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto e a potenziare la rete territoriale, facendo perno sui distretti, sui medici di base associati in gruppo e su nuove strutture residenziali (ospedali di comunità, hospice, unità riabilitativa territoriale, ecc.).

La DGR 2174, collegato alla Legge di Stabilità Regionale, pone obiettivi sfidanti relativi alla realizzazione di quanto previsto dalla programmazione regionale per ciò che concerne le strutture intermedie, indicando che le aziende "*debbono garantire devono altresì garantire entro il 31 dicembre 2017 l'attivazione del 50% dei posti letto degli ospedali di comunità ed entro il 31 dicembre 2018 l'attivazione del 70% dei posti letto degli ospedali di comunità nel rispetto degli equilibri di bilancio*".

3.3.3 Piano di Zona

Con la succitata DGR 2174/2016 i Piani di Zona, già precedentemente prorogati al 31/12/2016, considerata l'adozione della L.R. 19/2016, nelle more dell'adozione dei conseguenti atti di riorganizzazione e di programmazione aziendale, sono ulteriormente prorogati sino al 31/12/2018.

Resta valido l'obbligo, per i comitati dei Sindaci di Distretto (art.26, comma 4 della L.R. 19/32016) di procedere alla ripianificazione annuale da approvare e trasmettere alla Conferenza dei sindaci di cui all'art. 26 c. 2 della L.R. n. 19/2016 che provvederà alla armonizzazione ed all'invio alla Regione, Direzione Servizi Sociali entro il 31 luglio di ogni anno. In ogni caso è attualmente in corso l'analisi dei Piani di Zona vigenti, con l'obiettivo di individuare ambiti di sinergia nella nuova Azienda Euganea.

3.4 Efficientamento dell'area amministrativa

Uno degli obiettivi principali dell'Azienda Euganea nel 2017 sarà quello di avviare la riconfigurazione sia dei servizi erogati all'utente sia dei servizi interni all'azienda, secondo le disposizioni regionali. Il fine ultimo è quello dell'efficientamento dell'azione amministrativa grazie alle sinergie ed alle economie di scala che si generano dall'accorpamento delle tre aziende. Il lavoro svolto nel 2016, con l'istituzione dei tavoli provinciali, ha potuto anticipare alcune delle analisi funzionali al riassetto organizzativo, con particolare sviluppo proprio nell'Area Amministrativa in quanto coinvolta prima delle altre nella riprogettazione dei servizi.

Si renderà pertanto necessario nel corso del 2017 arrivare alla definizione ed implementazione di diverse riorganizzazioni, che dovranno trovare una rappresentazione nel nuovo Atto Aziendale, da svilupparsi con pensiero innovativo, facendo leva su sistemi efficaci di delega, sulle responsabilità, su procedure snelle e, non ultima, sulla revisione logistica, sulle strutture, sull'informatica e sulla tecnologia.

3.4.1 Piano degli investimenti: edilizia, attrezzature, logistica, informatica

Nel panorama oggi contraddistinto da risorse limitate risulta particolarmente difficile effettuare scelte in termini di investimento. È necessario quindi trovare dei criteri chiari, univoci e condivisibili su larga scala, in modo da facilitare tale operazione nello spirito della massima trasparenza verso i diversi stakeholder dell'Azienda. In tal senso un criterio importante nella definizione delle priorità è da un lato legato al principio della sostenibilità del sistema, dall'altro dell'equità nella distribuzione del parco tecnologico all'interno del territorio dell'Azienda.

Edilizia

Progetto "Casa ai Colli"

Il progetto complessivo di riqualificazione del "*Complesso Socio-Sanitario Casa ai Colli*" (Via dei Colli, 6/4 – Padova) prevede, su scala pluriennale, una generale ristrutturazione dell'area ed il relativo adeguamento tecnologico, con graduale trasferimento e accentramento di alcuni servizi oggi dislocati presso altri immobili.

In questa visione generale si prevede, nel corso dei prossimi tre anni, da un lato di completare alcuni interventi di adeguamento antisismico e antincendio, in particolare ai padiglioni 1, 3 e 7, dall'altro la riqualificazione funzionale del padiglione 3 con realizzazione del nuovo Centro Occupazionale per Disabili Adulti (CEOD), la nuova Area Veterinari e l'area di degenza all'interno per il rientro dell'attività oggi presso "Casa Breda". In questo percorso di ristrutturazione vi è un importante finanziamento da parte di Ca.Ri.Pa.Ro che ha permesso di avviare una quota rilevante dei lavori.

Razionalizzazione del patrimonio edilizio e sviluppo dell'area tecnica

Ciascuna Azienda ha adottato il Programma triennale delle Opere Pubbliche per il triennio 2016 – 2018, che dovrà essere aggiornato al triennio 2017 – 2019e trovare opportuna sintesi in un nuovo Programma triennale dell'Azienda Euganea, da redigersi in coerenza con il piano degli investimenti, da adottare in occasione del Bilancio di previsione 2017.

I temi principali, sia in ordine ai costi, che all'impegno realizzativo, riguardano:

- La razionalizzazione e valorizzazione del patrimonio aziendale, attraverso la definizione di un piano di utilizzo, riconversione ed eventuale dismissione degli immobili, in riscontro alle nuove mutate esigenze aziendali, con particolare riguardo all'area sud, per effetto dell'attivazione dell'Ospedale di Schiavonia ed al complesso Casa ai Colli di Padova;

- Il perseguimento di specifici obiettivi di sviluppo, in particolare la realizzazione del bunker di radioterapia a Schiavonia, la realizzazione dell'elipiazzola per il CTO dell'Ospedale di Camposampiero ed il completamento della piastra emergenze di Cittadella.
- L'adeguamento delle strutture ospedaliere e territoriali esistenti, con particolare attenzione a quelle maggiormente datate, riferito essenzialmente alla problematica antincendio, antisismica ed impiantistico- alberghiera, anche valutando l'opportunità di procedere ad interventi di parziale sostituzione edilizia;

Bunker di Radioterapia

Con DGR 2076 del 30/12/2015 la Regione Veneto ha stabilito di finanziare il progetto per la realizzazione di 4 Bunker di Radioterapia, progetto precedentemente approvato in CRITE come da DGR N.910/2015, la quale prevedeva l'elaborazione del progetto preliminare ed ogni i adempimento conseguente ai fini della costruzione a cura della ULSS17, mentre la gestione della struttura (compresa la fornitura di attrezzature e del personale) ad opera dello IOV.

Nel corso del 2016 l'Azienda ULSS17 ha provveduto alla definizione del progetto definitivo e all'assegnazione dei lavori, prevendendone la conclusione nel corso del 2017.

Attrezzature

Le linee di azione sono legate a due ambiti principali, compatibilmente con le risorse a disposizione:

- Sostituzione dell'obsolescenza;
- Innovazione tecnologica.

Fermo restando la necessità sopra evidenziata di garantire l'equità nella distribuzione del parco tecnologico, si procederà nei primi mesi alla programmazione di dettaglio con prioritarizzazione degli interventi, procedendo anche al completamento, ormai per una parte residuale, della dotazione tecnologica per il CTO.

La logistica

Tra le azioni principali volte all'efficientamento ed alla razionalizzazione vi è la revisione della logistica in chiave provinciale. A fronte di una approfondita analisi, attualmente in corso, che spazia dalla logistica dei magazzini centrali dei farmaci ai beni economali, ai magazzini periferici di reparto, ai sistemi di sterilizzazione ed agli archivi, potranno essere riviste le politiche di gestione della logistica valutando le economie di scale e intervenendo con sistemi di automazione, di informatizzazione, di digitalizzazione dei documenti (ad es. digitalizzazione delle cartelle cliniche). La progettualità, eventualmente da condividere su scala sovra-aziendale, richiede l'intero triennio per affrontare le diverse fasi di studio, di realizzazione e di avvio.

Sviluppo del sistema informativo ed informatico

Le linee di azione principali sono:

- Proseguimento del percorso avviato nel 2013 per il superamento dell'interaziendalità dei sistemi informatici tra ex Ulss16 e Azienda Ospedaliera di Padova;
- Digitalizzazione dell'Area Amministrativa e nell'area dell'accesso delle procedure amministrative del front office;
- Unificazione delle procedure in Area Sanitaria e Socio - Sanitaria.

Nel percorso di avvio dell'Azienda ULSS6 "Euganea" è emersa da subito l'importanza della costituzione di un Sistema Informativo Unico che, attraverso una progressiva razionalizzazione ed integrazione degli strumenti software in uso ad oggi, permette una semplificazione delle procedure operative ed una condivisione dei dati e delle informazioni, anche attraverso una dematerializzazione sistematica dei documenti amministrativi e sanitari. Contemporaneamente, si prevede il potenziamento di funzioni strategiche trasversali (ad es. Logistica, Codifiche Aziendali, Privacy) e l'implementazione ulteriore dei sistemi di datawarehouse e reporting a supporto della Programmazione. La costituzione di tale sistema informativo dovrà essere in linea con le indicazioni regionali in materia, gestendo nel periodo transitorio integrazioni tra gli attuali sistemi. Dall'analisi condotta nel corso del 2016, si prevedono interventi nell'arco dei 4 anni successivi che possono essere raggruppati in 4 macro-aree:

- Area Infrastrutturale: rete fisica, gestione credenziali utente, posta elettronica, portale Internet, sistemi hardware, middleware unico per le integrazioni applicative, assistenza/help desk;
- Area Applicativa Amministrativa: sistema protocollo e documentale, sistema di Gestione del Personale, sostituzione dei badge, sistema di rilevazione presenze unico, Sistema Amministrativo/Contabile, Software di gestione della Formazione, Datawarehouse e Reporting;
- Area Applicativa Clinica Sanitaria: Anagrafe Unica, Dossier e Repository Dati Clinici, CUP/Cassa, Sistema Informativo Ospedaliero, Applicativi Dipartimentali e Cartelle Specialistiche;
- Area Applicativa Territoriale e Prevenzione: Sistema Territoriale e Applicativi Regionali (screening, vaccinazioni, attività veterinarie, SPISAL, ICD, Disabilità, SerD).

Un'ulteriore area di sviluppo, prioritaria e a valenza regionale, è costituita dal Fascicolo Sanitario Elettronico. Come previsto dalla L.R. 19/2016 si prevede l'attivazione entro un anno del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta. L'obiettivo è, attraverso la realizzazione di un'unica rete regionale, quello di interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari. Gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento.

A partire da quest'ultimo obiettivo, per tutta l'area informatica deve essere posta attenzione allo sviluppo delle funzioni dell'Azienda Zero, che giocherà un ruolo importante di omogeneizzazione sulle infrastrutture, sulla connettività, sui sistemi informativi e sui flussi dati.

3.4.2 Accreditamento

L'area dell'accreditamento rientra tra le funzioni che saranno gestite dall'Azienda Zero e pertanto soggetta a potenziali modificazioni organizzative. L'intesa della Conferenza Stato Regioni con il "Disciplinare sulla Revisione della normativa di accreditamento" ha individuato i requisiti necessari per poter autorizzare e accreditare le strutture sanitarie; nel 2015 la Conferenza Stato Regioni ha individuato il cronoprogramma degli adeguamenti delle Regioni. A seguito di tale cronoprogramma, la Regione Veneto, con la DGR 1555 del 2015 ha attivato il processo per l'applicazione dei nuovi requisiti con le seguenti azioni:

- Istituzione di una Commissione Tecnica e di un Organismo Tecnico Consultivo;
- Istituzione dei tavoli di lavoro multiprofessionali (allo scopo di analizzare i requisiti);
- Programmazione di un corso di formazione per i valutatori delle ULSS.

L'analisi dei requisiti da parte dei gruppi provinciali, completato a novembre 2016, è stato finalizzato alla pubblicazione di un nuovo manuale di interpretazione dei requisiti da parte della Regione. Si tratta dei soli requisiti generali, mentre nulla cambia in merito ai requisiti specifici delle varie Unità di Offerta. Per quanto riguarda la provincia di Padova si sono svolti anche i Corsi di Formazione previsti. Si prevede che l'autovalutazione e la visita di accreditamento si potranno svolgere nel corso del 2018.

Si rileva inoltre che, come previsto dalla DGR n. 1861/2016, è stato stabilito quale nuovo percorso per il rilascio dell'accreditamento istituzionale per i procedimenti afferenti alle strutture socio sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori e tossicodipendenti quello previsto dall'art. 17 bis, comma 6 della L.R. 22/02 introdotto dalla L.R. n. 2/2014 a partire dal 1 gennaio 2017, prevedendosi inoltre il previo parere della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE).

3.4.3 Sicurezza nei luoghi di lavoro

La Regione Veneto con DGR 1463 del 19 Maggio 2009 ha approvato il "Modello Regionale di Sistema di Gestione della Sicurezza". Tale sistema definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti. Fermo restando il rispetto delle norme di legge, il Sistema di Gestione della Sicurezza definito dalla Regione Veneto:

- Prevede il monitoraggio, effettuato preferibilmente con personale interno;
- Può essere soggetto a certificazione da parte terza;
- Consente l'adattamento all'evoluzione di leggi, regolamenti e norme di buona tecnica;
- Coinvolge i lavoratori e i loro rappresentanti nel sistema di gestione.

Nel contesto delle tre aziende Ulss15, 16 e 17, costituenti l'Azienda ULSS6, il percorso di certificazione è ad uno stadio avanzato essendosi completato in due aziende (Ulss15 e Ulss17) ed avviato, ma non concluso ancora, nella ULSS16.

Nel corso del 2017 si procederà pertanto alla verifica per il mantenimento della certificazione e, per le UU.OO. afferenti alla ex ULSS16, andranno programmati l'aggiornamento del Documento Unico di Valutazione dei Rischi e tutte le attività propedeutiche nel contesto provinciale per il conseguimento della nuova certificazione SGS. Tali attività richiederanno da un lato una stretta collaborazione con le UU.OO. dall'altro la necessità di cambiare approccio, creando la cultura della sicurezza nei diversi servizi dell'azienda, attraverso il coinvolgimento, la partecipazione e specifici percorsi formativi.

3.4.4 Sviluppo di una funzione di committenza verso fornitori pubblici e privati

Con DGR nr. 2170 del 18 Novembre 2014 la Regione Veneto ha stabilito i criteri e la determinazione dei volumi di attività e di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dalle Case di Cura nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto per gli anni 2015-16 e, con DGR 1923 del23 Dicembre 2015, le quote di assegnazione del budget per gli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali per i cittadini residenti nel Veneto per il biennio 2016-2017.Le Aziende ULSS15, 16 e 17, sulla base delle indicazioni Regionali, hanno quindi stipulato specifici accordi contrattuali con le Strutture Private Accreditate; in aggiunta, in sede negoziale, è stato richiesto agli interessati di concorrere con la propria attività al raggiungimento degli Obiettivi Regionali di salute e funzionamento attribuiti dalla Regione a ciascuna Azienda ULSS (abbassamento del numero di prestazioni per abitante, rispetto parametri DGR 320/2013 sulle liste d'attesa, impiego del CUP dell'ULSS, dematerializzazione ricetta rossa, etc…).

Per il triennio 2017-2019, sia nell'ambito delle prestazioni ospedaliere che di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture accreditate (ivi comprese le Case di Cura), si conferma che il dialogo e la contrattazione con gli erogatori stessi continuerà a rappresentare un importante strumento di governo, sia per quanto attiene alla spesa, sia per quanto attiene all'appropriatezza e all'accessibilità ai servizi erogati ai residenti. Al fine di avere un governo unico ed efficace in questo ambito si ritiene utile lo sviluppo di una funzione aziendale specifica dedicata.

3.4.5 Approvvigionamenti

L'area degli acquisti è tra le aree che maggiormente possono trarre beneficio dall'accorpamento delle aziende ULSS, favorendo ulteriormente il processo di centralizzazione. Su questo fronte si sta già lavorando innanzitutto rivedendo l'organizzazione, rendendola trasversale su tutte le aree di approvvigionamento. Il focus principale è quello della razionalizzazione dei contratti, procedendo a gare uniche con accorpamento dei fabbisogni e quindi con maggiori economie di scala. In questo processo un punto di forza fondamentale sta nella possibilità di confrontare tra loro le forniture sulle tre aziende ex-ULSS, valutando i migliori modelli di funzionamento ed i migliori risultati. In sostanza man mano che si procede all'accorpamento dei contratti si estendono i migliori prezzi ed il miglior contratto. Tale azione risulta particolarmente efficace nell'area dei servizi, che da sola assorbe un fatturato pari a circa 65 mln di euro per l'intera Ulss Euganea. Tra i servizi oggetto di analisi nel corso del 2017 sono il servizio di pulizie, la ristorazione ed il call center, mentre si è già proceduto ad allineare la fornitura dell'ossigeno sull'intera provincia.

Nell'area della farmaceutica, fatturato complessivo di circa 70 mln di euro, circa l'80% degli acquisti è già gestito centralmente dal C.R.A.V. Si può quindi intervenire a livello aziendale sul rimanente 20%, in un'ottica comunque di medio lungo termine.

Infine vi è tutta l'area dei dispositivi, comprese le forniture per i servizi di laboratorio ed il trasfusionale. Anche in quest'area, che vale circa 75 mln di euro, si tratta di procedere con un piano di medio lungo termine, data la necessità di procedere ad un lavoro di dettaglio con allineamento delle anagrafiche e di allineamento di contratti che sono di norma pluriennali, anche grazie alla collaborazione dei professionisti sanitari.

3.4.6 Risorse umane

Negli ultimi anni tutte e tre le ex Aziende ULSS hanno rispettato i tetti di costo del personale assegnati dalla Regione Veneto. La nuova Azienda sanitaria ha un gap "generazionale" importante a causa della riduzione delle assunzioni di fatto imposte dall'obiettivo sopra evidenziato, come già riportato anche nella tabella relativa al personale dipendente.

Tra gli obiettivi del prossimo triennio dunque, dovranno essere preservate e valorizzate le conoscenze e le competenze delle risorse già esistenti all'interno dell'azienda, attraverso idonee attività formative e di aggiornamento professionale. Il percorso riorganizzativo insito nella fase di stabilizzazione della nuova realtà aziendale unica (attraverso la redazione dell'atto aziendale) porterà necessariamente ad un ripensamento/ottimizzazione di strutture processi e servizi che, in prospettiva, dovranno generare significative economie e consentire lo snellimento delle attività burocratiche ed amministrative.

Ove possibile, nel rispetto delle predette limitazioni imposte dalle vigenti normative in materia, potrà trovare spazio lo sviluppo di una politica di rinnovamento generazionale, anche attraverso mirati percorsi di inserimento, sia nelle posizioni di base, sia nelle posizioni di responsabilità di uffici e servizi o dirigenziali.

Principio cardine della predetta ottimizzazione dovrà essere la possibilità di rotazione delle professionalità e il conseguente interscambio del know how, anche come valido strumento per il contrasto alla corruzione.

Imprescindibile infine dovrà essere la definizione di precipui valori aziendali da condividere all'interno di un nuovo codice di comportamento.

3.4.7 Anticorruzione e Trasparenza

La Legge n°190/2012, c.d. «Legge anticorruzione», ha introdotto per la prima volta nel nostro paese un sistema organico di prevenzione della corruzione e dell'illegalità all'interno della pubblica amministrazione. Per corruzione si intende ogni atto o comportamento che contrasti con la necessaria cura dell'interesse pubblico o che pregiudichi la fiducia dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse ovvero è la "maladministration". Essa costituisce una delle principali cause di:

- Dissesto della finanza pubblica
- Inefficienza dei servizi destinati alla collettività
- Freno all'innovazione generato da parte dei corrotti

La funzione del Responsabile PCT è sia di tipo preventivo (attraverso l'elaborazione del Piano per la prevenzione della corruzione e delle misure e strategie preventive) sia di vigilanza (vigilanza sul rispetto di quanto previsto dal Piano e segnalazione di specifici fatti corruttivi o di cattiva amministrazione). Nel triennio 2017 – 2019, oltre alla "normale" programmazione delle attività (elaborazione del Piano di Triennale per la prevenzione e della corruzione, nomina dei referenti, vigilanza, etc) si procederà con le seguenti linee di azione:

- Rotazione del personale, nell'area veterinaria, SPISAL, SIAN, ed altre aree critiche. Da prevedere anche per i direttori di UOC in area amministrativa;
- Mappatura di alcune procedure prioritarie con punteggio di rischio elevato, prevedendo audit specifici sulle procedure.

La DGRV 2174/2016, nell'ambito dei controlli sanitari, riprende con forza la tematica dell'anticorruzione collegandola alle liste d'attesa: si precisa, infatti, che rimane di prioritaria importanza che il Piano Anticorruzione garantisca una gestione trasparente delle liste di prenotazione e favorisca il governo dei tempi di attesa prevedendo l'obbligo di pubblicazione dei criteri di formazione delle liste stesse.

3.4.8 Internal Audit

L'Internal Audit rientra le funzioni che saranno assolte dalla costituenda Azienda Zero. Nel triennio si terrà conto perciò dello sviluppo di tale funzione regionale integrando e sincronizzando le attività con quanto proposto centralmente.

La Regione del Veneto ha avviato nell'anno 2012 un percorso formativo per lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno nel SSR, volto all'analisi dei processi ritenuti prioritari. Nel corso del 2016 vi è stata l'implementazione di azioni volte alla sistematizzazione del sistema (omogeneizzazione delle procedure e individuazione delle attività con l'indice di rischio più elevato). Nel 2017 è da prevedere la contestualizzazione dei modelli standard proposti dalla Regione con l'allineamento, ove necessario, agli standard indicati. Tra gli ambiti maggiormente interessati vi saranno la gestione degli investimenti (procedure di gara), la gestione del patrimonio e delle casse economali.

In coerenza con quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione dovranno essere attuate sinergie tra IA e RPC, ovvero tra l'attività di "gestione del rischio" svolta dalla funzione di Internal Audit e quella svolta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione al fine di una maggiore efficienza ed efficacia delle misure intraprese.

3.4.9 Formazione

L'attività di programmazione della formazione vede nel Piano annuale il principale strumento attraverso cui si sviluppa la strategia formativa aziendale declinandone operativamente le principali linee di azione.

Le tre aziende che compongono oggi l'Azienda ULSS6 Euganea, in linea con le disposizioni nazionali e regionali in materia di formazione del personale delle Aziende Socio-Sanitarie, hanno elaborato il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2017 (nel caso dell'ULSS17 anche un piano formativo triennale 2015/2017) raggruppando i corsi di formazione da svolgere nel corso dell'anno 2017.

Il piano delle performance, che delinea la programmazione per il prossimo triennio, richiede, inevitabilmente, che si attui anche su questa tematica un approccio congiunto che farà tesoro delle diverse esperienze sviluppate dalle aziende cercando di tradurle in un unico risultato che rappresenti la nuova realtà territoriale.

In tale settore appare di cruciale importanza cercare di delineare un programma di attività che, oltre a tenere conto delle indicazioni nazionali e regionali di settore, si allinei agli importanti cambiamenti che si dovranno affrontare a livello aziendale, cercando di concentrare le risorse formative a vantaggio dei principali filoni strategici che si sono delineati nel presente documento.

3.4.10 Profilo di salute

Il progetto "Profilo di Salute" ha l'obiettivo di mappare i principali indicatori di bisogno che caratterizzano la popolazione del territorio delle tre presenti ULSS esistenti. La rilevazione, basata sulle precedenti tre ULSS con la contestuale osservazione dell'intera provincia di Padova, ha permesso di iniziare un approccio che sarà d'ora in avanti necessario ed indispensabile su tutte le analisi e le attività di programmazione della nuova ULSS Euganea. Il lavoro ha permesso di giungere ad alcune prime osservazioni che diventano spunti utili ai fini della programmazione:

- Si osserva una sostanziale omogeneità delle problematiche sui tre territori;
- Si confermano alcune problematiche emergenti: l'uso di alcool e il fenomeno del binge soprattutto nelle fasce giovani della popolazione;
- Si confermano dati preoccupanti per quanto attiene le vaccinazioni, con dati ancora in diminuzione;

Sarà interessante quindi proseguire nel progetto ponendo ancor maggiore attenzione allo studio degli indicatori ed alla raccolta dei dati, al fine di mappare sempre più precisamente le esigenze della popolazione e di conseguenza supportare la fase di programmazione ed erogazione dei servizi.

3.5 Promozione della salute attraverso la prevenzione

Come già anticipato al paragrafo 2.1.7, il dipartimento di prevenzione è chiamato ad una sfida su molteplici fronti. In primo luogo, non per importanza, vi è il recupero delle coperture vaccinali, riportando i livelli percentuali all'obiettivo soglia regionale; potranno essere in quest'ambito sperimentati anche i sistemi di comunicazione dei social media, in grado di raggiungere capillarmente ed efficacemente l'utente specifico. A tal proposito l'attività dovrà essere sviluppata coerentemente con il Nuovo Piano Nazionale Vaccini. Medesime considerazioni possono essere fatte per l'attività di screening, con percentuali di copertura non ancora ottimali in particolare nell'ex Azienda Ulss16.

In secondo luogo si dovrà dar corso al processo di unificazione all'interno di un'unica entità, riorganizzando i propri servizi con attenzione alle peculiarità dei diversi territori, come dimostrano le tabelle del succitato paragrafo. Nello sviluppo di tali obiettivi grande rilevanza assumerà l'integrazione dei servizi della Prevenzione con l'ambito territoriale ed in particolare con i Distretti.

3.6 Sviluppo di sistemi di comunicazione efficaci per facilitare l'accesso

La capacità di comunicare, all'interno dell'azienda, tra professionisti, ma soprattutto con l'utente - paziente, rappresenta un area che necessita di forti interventi in termini di aggiornamento delle modalità di comunicazione (ad es. social media) e di qualità. Non potendo più prescindere dai "nuovi" sistemi di comunicazione, l'Azienda dovrà sviluppare al suo interno una specifica area di competenza, che sovraintenda e coordini l'utilizzo di tali strumenti ampliando e diffondendo all'interno dell'azienda stessa la cultura della condivisione, individuando criteri circa la rilevanza, la tempestività, la qualità dell'informazione. Il fine ultimo è quello di facilitare il cittadino nell'accesso in tutte le sfaccettature: accesso alle informazioni, alle strutture, ai servizi, ai dati.

A fianco dei nuovi sistemi di comunicazione rimangono da perseguire gli obiettivi più tradizionali legati alla realizzazione del portale, internet ed intranet, ed alla funzione dell'URP. Un ulteriore indispensabile e significativo ambito di intervento riguarda la segnaletica ed i sistemi di facilitazione dell'accesso al paziente.

Portale aziendale

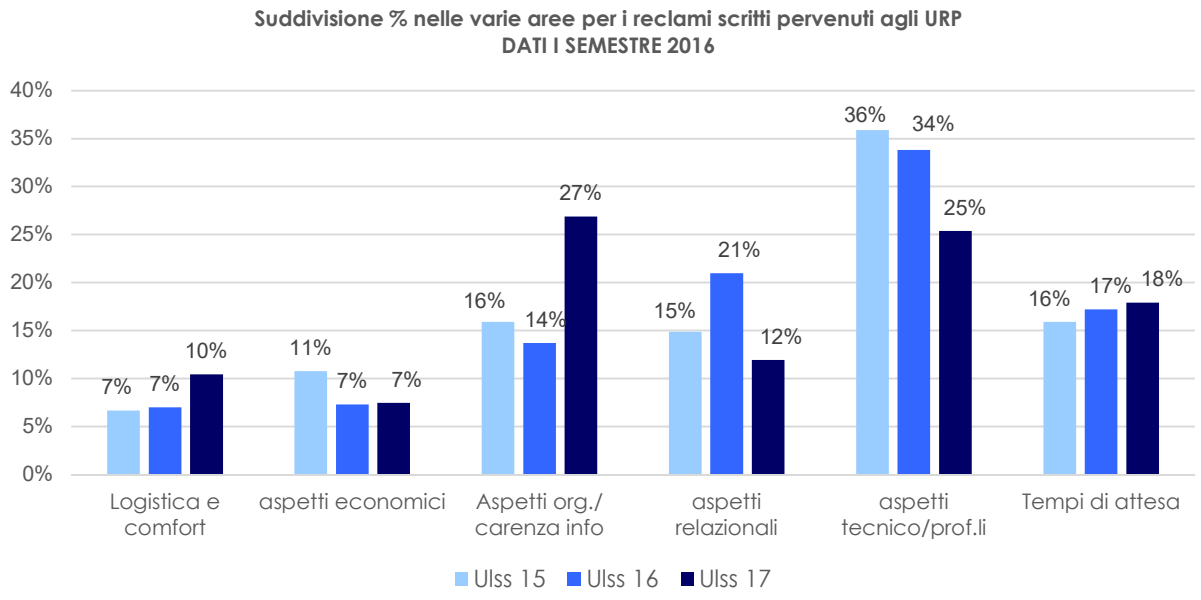
L'Azienda Euganea si è dotata dal 1 gennaio 2017 di un cd "sito ponte", che espone un set limitato di servizi ed informazioni rimandando ai "vecchi sti" delle Ex-ULSS per tutto ciò che riguarda l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari e socio – sanitari. Nel corso del 2017 sarà indispensabile studiare ed avviare la progettualità per la riprogettazione di un nuovo portale, attendendo in ogni caso specifiche linee guida regionali quali standard da seguire per la standardizzazione dei siti su scala regionale.

Assieme a tali nuovi sviluppi devono essere mantenuti aggiornati i siti delle ex-Ulss, ponendo la massima attenzione a fornire informazioni coerenti tra loro. Questo richiederà in primo luogo una profonda revisione del modello organizzativo su scala provinciale e la definizione di appositi regolamenti per la gestione dei contenuti.

Anche l'intranet giocherà un ruolo importantissimo al fine di creare una rete interna di condivisione delle informazioni con benefici che possono andare molto al di là della pura informazione dei dipendenti in termini sia di efficientamento dei processi sia di facilitazione nella creazione di relazioni tra i dipendenti su scala provinciale.

Sviluppo dell'URP unico

Funzione strettamente collegata alle funzioni dell'Azienda Zero, nell'ottica dell'unificazione assume particolare rilevanza lo sviluppo dell'URP unico aziendale, con l'unificazione dei principali strumenti gestionali (numero verde, gestione dei reclami, etc). Di fondamentale importanza, per lo sviluppo delle attività, è l'analisi ed il monitoraggio delle segnalazioni nonché la realizzazioni delle indagini di gradimento da parte dei cittadini. Si evidenzia come gli aspetti relazionali (sino al 21%), organizzativi e di comunicazione/informazione (sino al 27%) raggiungano in media oltre il 35-40% delle segnalazioni, più di quanto non facciano gli aspetti tecnico professionali, gli aspetti legati ai tempi di attesa, al comfort/logistica e gli aspetti economici. Emerge quindi nuovamente l'importanza della comunicazione efficace con il paziente, sia relazionale che organizzativa.



Fonte dati: reportistica URP su reclami scritti - I SEM 2016

Proseguimento nello sviluppo delle APP

L'Azienda Ulss16 si è distinta a livello nazionale nel corso degli ultimi anni con svariati riconoscimenti per lo sviluppo di SaniTap, APP dedicata all'erogazione di servizi sulle nuove piattaforme software per smartphone e tablet. Non vi è dubbio che molto ancora può essere sviluppato nel corso del triennio in quest'ambito, a partire dall'estensione dei servizi sinora implementati su scala provinciale.

Un nuovo ed utile servizio da implementare riguarda lo sviluppo prototipale di una APP che consenta al cittadino di orientarsi all'interno delle strutture semplificando ulteriormente l'accesso alle strutture ospedaliere e del territorio.

Porsi un obiettivo è la più forte forza umana di auto motivazione.

Paul J. Meyer

4. Documento delle Direttive

4.1 Strumenti della programmazione

Il perseguimento degli obiettivi aziendali non può prescindere dallo sviluppo sistematico e coordinato dell'attività di programmazione e controllo coadiuvata dall'applicazione degli strumenti di seguito indicati:

- Piano della Performance;
- Il Documento di Direttive con il quale si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2017, rappresentando lo strumento di programmazione annuale;
- Il documento di Budget annuale quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e attività delle Unità Operative;
- Il Sistema di reporting quale strumento informativo, diversamente strutturato sia per frequenza che per livello di dettaglio, fruibile dalla Direzione strategica e dalle Unità Operative.

4.2 Richiami normativi

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

Il D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della L. 4 marzo 2009 n. 15, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 01 agosto 2011 n. 141, definisce una nuova disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti.

L'art. 16, comma 2 e l'art. 31, commi 1 e 2, del D.Lgs. n.150/2009 individuano per gli enti del SSN i principi generali oggetto di adeguamento da parte della Regione.

La DGR n. 140 del 16/02/2016 e il suo allegato documento denominato "*Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*" hanno sostituito integralmente la DGR n.2205 del 06/11/2012 e i suoi allegati fornendo nuove linee guida in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia.

Tale DGR riporta i riferimenti metodologici ed i contenuti essenziali suggeriti in applicazione dell'art. 10, comma 1 lettera A) del D.Lgs. n.150/2009 per cui le Aziende devono adottare il piano triennale di valutazione degli obiettivi (cd. Piano della Performance) e sviluppare il ciclo di gestione della valutazione dei risultati (cd. Ciclo di gestione della performance).

4.3 Gli obiettivi regionali

Le strategie seguono precise linee, in armonia con la programmazione di cui al PSSR e agli obiettivi di Salute e Funzionamento definiti dalla Regione. Esse riguardano principalmente:

A. OSSERVANZA DELLE LINEE GUIDA ED INDIRIZZI IN MATERIA DI CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI

Obiettivi legati all'organizzazione dell'Azienda, dall'area distrettuale, alle strutture intermedie e all'area ospedaliera, secondo gli indirizzi regionali in materia di controllo e programmazione. In quest'area ricadono quindi ulteriori obiettivi aziendali relativi anche alla riorganizzazione dell'area amministrativa, compresa l'area della trasparenza e della comunicazione, e lo sviluppo delle reti cliniche.

B. CORRETTA ED ECONOMICA GESTIONE DELLE RISORSE ATTRIBUITE ED INTROITATE

Area all'interno della quale ricadono specifici obiettivi gestionali, dall'analisi e ricontrattazione dei prezzi di acquisto di beni e servizi, ai modelli di contabilità all'applicazione delle politiche regionali di assicurazione. Ulteriori obiettivi aziendali riguardano lo sviluppo dei piani di settore ed in particolare le disposizioni relative al patrimonio immobiliare di cui al collegato alla legge di stabilità 2017. Per l'Ulss Euganea particolare attenzione andrà posta alla corretta impostazione delle modalità di approvvigionamento in linea con le indicazioni regionali.

C. OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Area ove confluiscono obiettivi specifici legati alle vaccinazioni, agli screening, all'attività di prevenzione, all'integrazione ospedale territorio, all'applicazione del DM n. 70/2015 nonché alla qualità nell'assistenza ospedaliera nelle diverse aree.

D. OBIETTIVI DI EFFICACIA E QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

Area di obiettivi nuova, individuata nella DGR 140/2016, nella quale potranno confluire nuovi obiettivi e parte degli obiettivi ad oggi in area C.

E. OBIETTIVI DI QUALITÀ E SICUREZZA ORGANIZZATIVA AI FINI DELLA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Area di obiettivi nuova, individuata nella DGR 140/2016, nella quale potranno confluire nuovi obiettivi legati alla prevenzione, gestione del rischio clinico e alla conseguente e appropriata definizione degli uffici sinistri, dei CVS, secondo le indicazioni regionali e le nuove competenze dell'Azienda Zero.

F. EQUILIBRIO ECONOMICO

Area dedicata al raggiungimento di diversi obiettivi tutti finalizzati principalmente a garantire l'equilibrio economico, a partire dal rispetto dei tetti di costo assegnati nelle diverse aree. In

quest'area ricadono anche gli obiettivi legati al piano pluriennale di razionalizzazione nei diversi ambiti di applicazione.

G. LISTE D'ATTESA

Area particolarmente rilevante con obiettivi prioritari rivolti a garantire l'accesso alle prestazioni in modo equo su tutto il territorio provinciale nei tempi previsti secondo criteri di appropriatezza. In quest'area ricadono chiaramente le disposizione contenute nel collegato alla legge di stabilità 2017.

H. RISPETTO DEI CONTENUTI E DELLE TEMPISTICHE DEI FLUSSI INFORMATIVI RICOMPRESI NEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO.

Area dedicata allo sviluppo dei flussi NSIS e/o dei flussi regionali, comprese le progettualità del FSEr ed eventuali ulteriori progettualità aziendali nel campo dell'informatica, prioritariamente volte alla separazione dei sistemi tra Ulss n.6 Euganea e Azienda Ospedaliera di Padova.

4.4 Obiettivi trasversali dell'azienda

Si individuano le seguenti linee strategiche aziendali, trasversali rispetto alle linee strategiche sopra indicate, in quanto fungono da riferimento costante nello sviluppo di ulteriori obiettivi Aziendali nelle diverse linee strategiche regionali. Esse sono:

1. INNOVAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PER L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA

In questa fase di trasformazione e di accorpamento delle tre ex aziende ULSS15, ULSS16 e ULSS17 particolare attenzione deve essere posta nello sviluppo di modelli organizzativi innovativi in area amministrativa, sanitaria, territoriale e socio sanitaria per l'Azienda ULSS6 Euganea, al fine di incrementare l'efficacia e l'efficienza, e raggiungere l'equilibrio economico finanziario.

2. COMUNICAZIONE EFFICACE PER FAVORIRE L'ACCESSO

Trasversale a tutti gli ambiti il sistema di comunicazione, interna ed esterna, deve essere aggiornato negli strumenti e nei contenuti, incrementando l'efficacia della comunicazione, puntando non alla quantità bensì alla qualità delle informazioni, al fine di facilitare l'accesso da parte dei paziente alle informazioni, alle strutture, ai servizi, favorendo il processo di empowerment.

3. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE CON ATTENZIONE AL BENESSERE ORGANIZZATIVO

In questo momento di trasformazione la valorizzazione del capitale umano, la promozione del senso di appartenenza all'azienda e l'attenzione al benessere organizzativo, devono essere sempre presenti in tutte le aree dell'Azienda.

4. TRASPARENZA E CONTRASTO ALLA CORRUZIONE

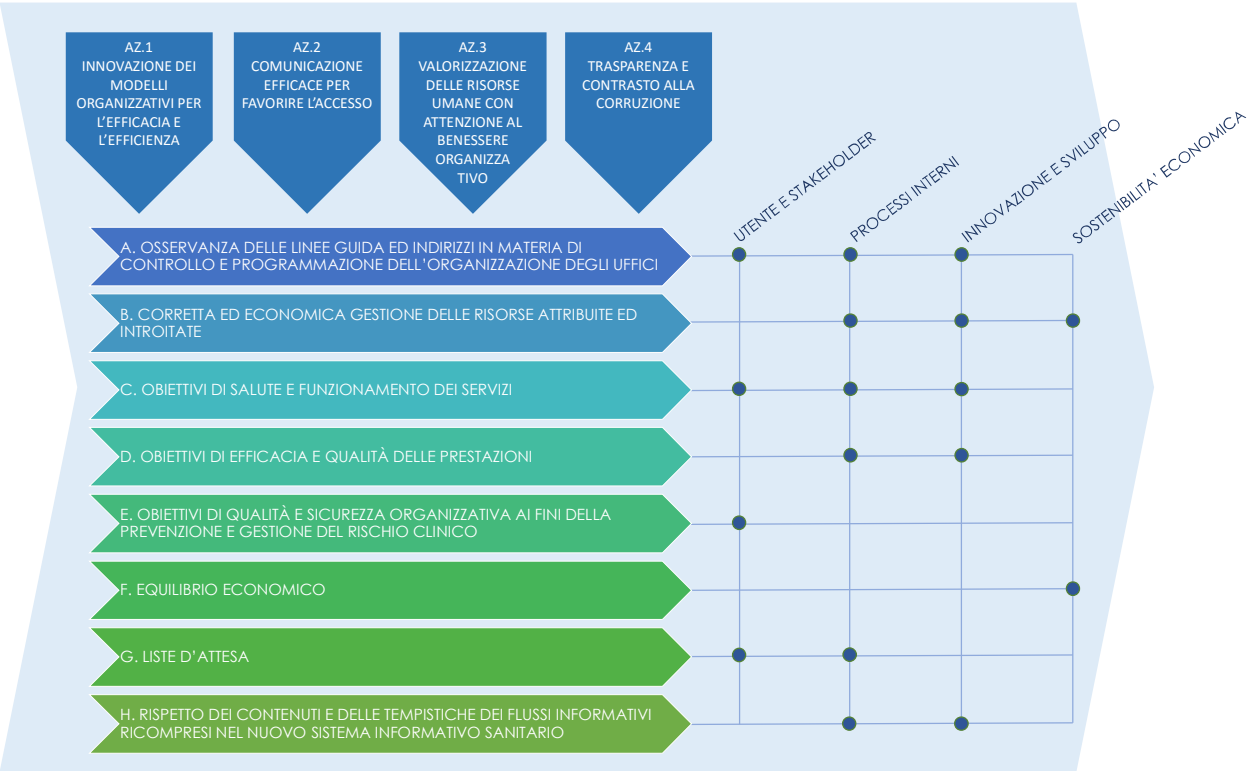
L'applicazione delle norme in materia di trasparenza ed anticorruzione costituisce una grande opportunità per definire, applicare e promuovere un sistema di regole, rivedendo i processi anche in sinergia al sistema di controllo interno.

4.5 Dimensioni delle performance

Secondo l'approccio della BSC (Balanced Scored Card) le performance possono essere analizzate su quattro dimensioni che rappresentano le diverse prospettive di osservazione:

- DIMENSIONE DELL'UTENTE E DEGLI STAKEHOLDER: in cui rientrano gli obiettivi relativi alla qualità dell'assistenza ospedaliera, al governo delle liste d'attesa ed infine gli obiettivi relativi alla prevenzione tra cui assumono particolare importanza quelli relativi alla copertura vaccinale e allo screening.
- DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI: in cui si collocano principalmente gli obiettivi relativi all'adeguamento dell'organizzazione territoriale ed ospedaliera alle linee guida regionali oltre agli obiettivi di riorganizzazione delle strutture aziendali alla luce della LR 19/2016. A questa dimensione appartengono anche gli obiettivi aziendali relativi alla realizzazione del corretto piano di acquisizione beni e servizi e soprattutto gli obiettivi di razionalizzazione del patrimonio edilizio e di sostenibilità degli investimenti, in cui rientrano i tre importanti progetti riguardanti l'attivazione del CTO, la realizzazione del Bunker per radioterapia e la realizzazione degli interventi nella Casa ai Colli;
- DIMENSIONE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE: fanno parte di questa dimensione gli obiettivi aziendali relativi all'implementazione delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze, al riordino dell'area amministrativa ed infine lo sviluppo dell'informatizzazione secondo quanto previsto dal piano triennale già presentato in CRITE per approvazione;
- DIMENSIONE DELLA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA: che riguarda essenzialmente il rispetto della programmazione regionale sui costi e gli obiettivi regionali di equilibrio economico-finanziario.

L'adozione del modello BSC si ritrova anche nella configurazione delle schede di budget.

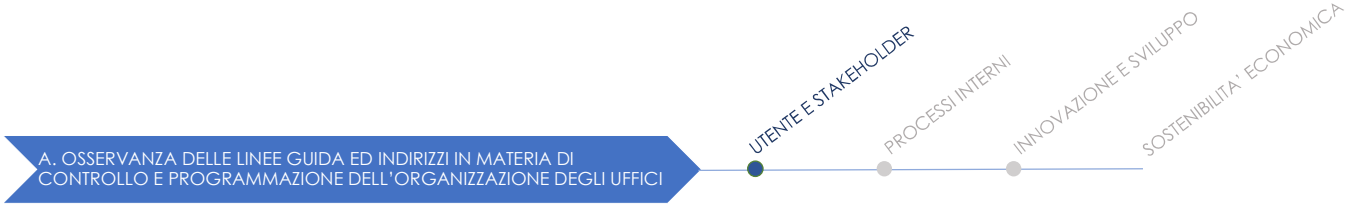


4.6 Gli obiettivi operativi

Si articolano nei successivi paragrafi gli obiettivi operativi di dettaglio, declinati nelle diverse linee strategiche e secondo le dimensioni delle performance individuate. All'interno degli obiettivi operativi sono elencate anche attività che, pur riconducibili all'ambito istituzionale, risultano particolarmente rilevanti e dalle quali potranno essere tratti obiettivi specifici che la Direzione Strategica selezionerà come obiettivi di budget.

L'articolazione segue le aree degli obiettivi regionali, declinate a loro volta rispetto alle dimensioni della performance e suddivise in tabella tra obiettivi regionali (indicati con R) ed ulteriori obiettivi aziendali (indicati con AZ).

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



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
AZ	AZ.3.1	Riorganizzazione e programmazione dell'area del benessere organizzativo	AZ.3.1.1	Realizzazione dell'indagine sul clima interno promossa dalla regione	Realizzazione indagine clima organizzativo	-	-
			AZ.3.1.2	Approvazione piano di azioni positive	Adozione piano azioni positive	Attuazione e monitoraggio piano azioni positive	Attuazione e monitoraggio piano azioni positive
			AZ.3.1.3	Apertura di sportelli di ascolto aziendali	Apertura sportelli	Mantenimento	Mantenimento
	AZ.2.2	Aggiornamento degli attuali siti internet e intranet, compreso sito ponte della Ulss6 Euganea	AZ.2.2.1	Definizione dell'organizzazione e delle regole per l'aggiornamento delle informazioni sul sito Azienda Ulss Euganea e dei siti ex Ulss	Regolamento gestione siti aziendali	-	-
	AZ.2.3	Sviluppo del nuovo portale aziendale internet ed intranet	AZ.2.3.1	Sviluppo e rilascio del nuovo sito web, secondo le linee guida regionali	Progettazione nuovo sito web	Rilascio nuovo sito web	Aggiornamento sito web
	AZ.2.5	Sviluppo della funzione dell'URP unico	AZ.2.5.1	Sviluppo del numero verde unico dell'URP e relativa organizzazione	Rilascio numero verde URP unico	-	-
			AZ.2.5.2	Realizzazione indagini di gradimento da parte dei cittadini	Realizzazione indagine	Realizzazione indagine	Realizzazione indagine
	AZ.2.6	Sviluppo di un sistema adeguato per l'accesso alle strutture da parte del paziente	AZ.2.6.1	Progettazione ed avvio di un nuovo sistema di segnaletica	Progettazione nuovo sistema di segnaletica	Realizzazione sistema di segnaletica	Aggiornamento sistema di segnaletica
	AZ.2.7	Sviluppo delle APP	AZ.2.7.1	Sperimentazione di una APP per l'orientamento negli ospedali e/o altre strutture	Avvio sperimentale APP per orientamento negli ospedali / altre strutture	Messa a regime APP di orientamento	-
			AZ.2.7.2	Proseguimento nello sviluppo delle APP	Sviluppo di ulteriori funzioni su SaniTap	Sviluppo di ulteriori funzioni su SaniTap	Sviluppo di ulteriori funzioni su SaniTap

UTENTE E STAKEHOLDER | PROCESSI INTERNI | INNOVAZIONE E SVILUPPO | SOSTENIBILITA' ECONOMICA

A. OSSERVANZA DELLE LINEE GUIDA ED INDIRIZZI IN MATERIA DI CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	A.1	Adeguamento della organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 PSSR 2012-2016	A.1.1	Sviluppo del modello di Centrale Operativa	Proseguimento attività	Proseguimento attività	Proseguimento attività
			A.1.2	Programmazione dello sviluppo delle Medicine di Gruppo integrate ed attivazione delle stesse secondo la DGR n. 751	60% MMG nelle Medicine di Gruppo Integrate	80% MMG nelle Medicine di Gruppo Integrate	90% MMG nelle Medicine di Gruppo Integrate
			A.1.3	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	Mantenimento monitoraggio	Mantenimento monitoraggio	Mantenimento monitoraggio
	A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 - PSSR 2012-16	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.	50% dei posti letto degli OdC	70% dei posti letto degli OdC	80% dei posti letto degli OdC
			A.2.2	Contestualizzazione Aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla	Proseguimento attività	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. n. 23/2012 PSSR 2012-2016;	A.3.1	Mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione al 135‰	Mantenimento del valore se inferiore al target, altrimenti riduzione fino a <135 ‰	Mantenimento del valore se inferiore al target, altrimenti riduzione fino a <135 ‰	Mantenimento del valore se inferiore al target, altrimenti riduzione fino a <135 ‰
			A.3.2	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	Mantenimento attività	Mantenimento attività	Mantenimento attività
AZ	AZ.1.1	Riorganizzazione aziendale alla luce della L.R. 19/2016	AZ.1.1.1	Stesura dell'atto aziendale secondo le linee guida regionali ed invio in Regione per approvazione	SI	-	-
			AZ.1.1.2	Attuazione dell'atto aziendale	Piano di attuazione del nuovo Atto Aziendale	Attuazione del nuovo Atto Aziendale	Conclusione attuazione del nuovo Atto Aziendale
			AZ.1.1.5	Costituzione comitato unico aziendale MMG e PLS entro 31 marzo	SI	-	-
	AZ.1.9	Riordino dell'area territoriale	AZ.1.9.1	Revisione Piano di Zona	Revisione del piano di zona	Revisione del piano di zona	Definizione nuovo piano di zona
			AZ.1.9.2	Armonizzazione del sistema delle deleghe delle funzioni con i comuni	Analisi e condivisione proposta di armonizzazione sistema di deleghe con i comuni	Avvio armonizzazione sistema di deleghe con i comuni	Armonizzazione sistema di deleghe con i comuni
	AZ.4.1	Applicazione della normativa per la trasparenza ed il contrasto alla corruzione	AZ.4.1.1	Riorganizzazione dell'area della trasparenza ed anticorruzione alla luce del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione	Adozione piano triennale entro la scadenza e monitoraggio delle azioni	Aggiornamento piano triennale e monitoraggio delle azioni	Aggiornamento piano triennale e monitoraggio delle azioni
	AZ.2.2	Aggiornamento degli attuali siti internet e intranet, compreso sito ponte della Ulss6 Euganea	AZ.2.2.2	Aggiornamento delle informazioni sulle intranet aziendali	Aggiornamento delle intranet aziendali in chiave provinciale	-	-
	AZ.2.3	Sviluppo del nuovo portale aziendale internet ed intranet	AZ.2.3.2	Progettazione/sviluppo e rilascio nuova intranet	Progettazione nuova intranet	Rilascio nuova intranet	Aggiornamento nuova intranet
	AZ.1.10	Sviluppo della funzione di programmazione e controllo.	AZ.1.10.1	Progettazione ed implementazione del sistema di gestione del budget	Definizione e sviluppo degli strumenti per la gestione del processo di budget	Attuazione dei nuovi strumenti per la gestione del processo di budget	Perfezionamento degli strumenti per la gestione del processo di budget

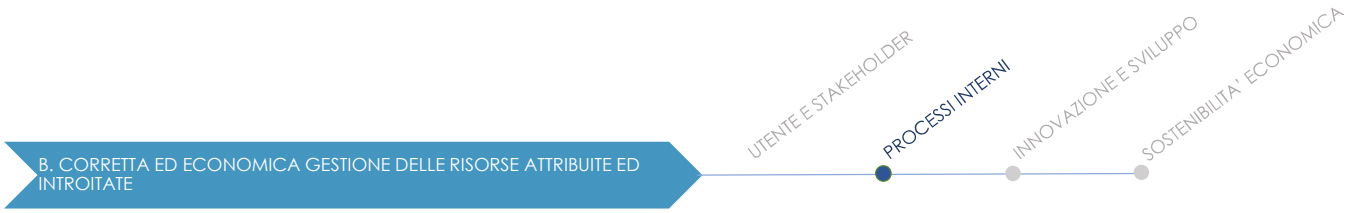
TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
			AZ.1.10.2	Sviluppo di un sistema di monitoraggio e reporting unico provinciale	Reportistica disponibile alla Direzione Strategica e alle UU.OO.	Reportistica disponibile alla Direzione Strategica e alle UU.OO.	Reportistica disponibile alla Direzione Strategica e alle UU.OO.

A. OSSERVANZA DELLE LINEE GUIDA ED INDIRIZZI IN MATERIA DI CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI

UTENTE E STAKEHOLDER — PROCESSI INTERNI — INNOVAZIONE E SVILUPPO — SOSTENIBILITA' ECONOMICA

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
AZ	AZ.1.4	Riordino dell'area amministrativa	AZ.1.4.1	Organizzazione e sviluppo della funzione di Controllo interno. Definizione e realizzazione del piano triennale dei controlli.	Realizzazione e monitoraggio del piano dei controlli interni	Realizzazione e monitoraggio del piano dei controlli interni	Realizzazione e monitoraggio del piano dei controlli interni
			AZ.1.4.2	Certificazione SGS (Sistema di Gestione della Sicurezza sul lavoro)	Ottenimento della certificazione per Azienda Ulss6 Euganea	Mantenimento certificazione SGS	Mantenimento certificazione SGS
			AZ.1.4.3	Messa a regime del modello regionale di gestione sinistri	Messa a regime del modello regionale di gestione sinistri	Mantenimento	Mantenimento
			AZ.1.4.4	Accreditamento Ulss n.6 Euganea legge 22/2002 secondo nuovi requisiti generali	-	Autovalutazione e visita di accreditamento	Piano di azioni per le non conformità
			AZ.1.4.5	Sviluppo di una funzione di committenza verso fornitori pubblici e privati	Avvio funzione di committenza	Mantenimento	Mantenimento
			AZ.1.4.6	Sviluppo di un progetto di logistica su scala provinciale	Progetto di logistica su scala provinciale	Avvio nuovo sistema di logistica	Messa a regime
			AZ.1.4.7	Revisione/unificazione dei regolamenti aziendali (codice di comportamento, etc)	SI	-	-
	AZ.1.8	Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze	AZ.1.8.1	Sviluppo delle reti cliniche tra presidi ospedalieri Ulss n.6 Euganea	Sviluppo reti cliniche (pediatria, trauma, senologia)	Sviluppo ulteriori reti cliniche	Sviluppo ulteriori reti cliniche
			AZ.1.8.2	Sviluppo del telemonitoraggio e teleassistenza	Avvio sistema di telemonitoraggio e teleassistenza	Incremento dell'utilizzo di telemonitoraggio e teleassistenza	Incremento dell'utilizzo di telemonitoraggio e teleassistenza
	AZ.2.1	Sviluppo del progetto Profilo di Salute	AZ.2.1.1	Realizzazione e diffusione documento Profilo di Salute	Realizzazione documento profilo di salute	-	Aggiornamento documento profilo di salute
	AZ.3.1	Riorganizzazione e programmazione dell'area del benessere organizzativo	AZ.3.1.4	Approvazione nuovo piano formativo e sua realizzazione, con focus su servizi tecnico amm.vi per processo di riorganizzazione	Elaborazione ed attuazione del piano formativo	Aggiornamento ed attuazione del piano formativo	Aggiornamento ed attuazione del piano formativo
	AZ.2.4	Sviluppo della comunicazione sui Social Media	AZ.2.4.1	Definizione e sviluppo dell'organizzazione e delle regole per l'aggiornamento dei canali social	Implementazione regole per aggiornamento e gestione dei canali social	Integrazione dei canali social con altri sistemi di comunicazione (nuovo sito)	Integrazione dei canali social con altri sistemi di comunicazione (nuovo sito)
			AZ.2.4.2	Sperimentazione dei canali social per campagne di comunicazione (prevenzione, stili di vita, etc.)	Utilizzo dei canali social per campagne di comunicazione	Utilizzo dei canali social per campagne di comunicazione	Utilizzo dei canali social per campagne di comunicazione

4.6.2 B. Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	B.2.1	Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale	Continuare ad ottemperare ai relativi adempimenti informativi	Continuare ad ottemperare ai relativi adempimenti informativi	Continuare ad ottemperare ai relativi adempimenti informativi
	B.3	Applicare le nuove politiche di assicurazione;	B.3.1	Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES	Mantenimento del monitoraggio	Mantenimento del monitoraggio	Mantenimento del monitoraggio
			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	Prosecuzione nella trasmissione	Prosecuzione nella trasmissione	Prosecuzione nella trasmissione
			B.3.3	Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione carmina (giugno/dicembre)	Prosecuzione nella trasmissione	Prosecuzione nella trasmissione	Prosecuzione nella trasmissione
AZ	AZ.1.5	Sviluppo dell'informatizzazione secondo quanto previsto dal piano triennale	AZ.1.5.7	Ricontrattazione delle forniture/servizi in ambito IT con allineamento ai costi inferiori	-5% dei costi su beni/servizi IT ricontrattati	-5% dei costi su beni/servizi IT ricontrattati	-5% dei costi su beni/servizi IT ricontrattati
	AZ.1.6	Realizzazione del piano di acquisizione beni e servizi secondo quanto previsto dal piano triennale	AZ.1.6.1	Elaborazione ed attuazione del piano biennale di acquisizione delle attrezzature	Elaborazione ed attuazione del piano attrezzature	Aggiornamento ed attuazione del piano attrezzature	Aggiornamento ed attuazione del piano attrezzature
			AZ.1.6.2	Elaborazione dello scadenziario unico e pianificazione delle gare	Elaborazione e monitoraggio scadenziario unico gare/contratti	Monitoraggio scadenziario unico gare/contratti	Monitoraggio scadenziario unico gare/contratti
			AZ.1.6.3	Ricontrattazione delle forniture/servizi con allineamento ai costi inferiori	- 5% di costo su beni/servizi ricontrattati	- 5% di costo su beni/servizi ricontrattati	- 5% di costo su beni/servizi ricontrattati
			AZ.1.6.4	Adozione delle procedure corrette di acquisto, riducendo il ricorso alle proroghe	Riduzione del ricorso alla proroga sui contratti rispetto al 2016	Riduzione del ricorso alla proroga sui contratti rispetto al 2017	Riduzione del ricorso alla proroga sui contratti rispetto al 2018
			AZ.1.6.5	Redazione dei capitolati nei tempi previsti	Contributi tecnici da parte dei servizi / UU.OO. elaborati nel rispetto delle tempistiche concordate	Contributi tecnici da parte dei servizi / UU.OO. elaborati nel rispetto delle tempistiche concordate	Contributi tecnici da parte dei servizi / UU.OO. elaborati nel rispetto delle tempistiche concordate
	AZ.1.7	Razionalizzazione del patrimonio edilizio e sviluppo dell'area tecnica	AZ.1.7.1	Elaborazione di un piano razionalizzazione del patrimonio edilizio	Elaborazione ed attuazione del piano di razionalizzazione del patrimonio	Aggiornamento ed attuazione del piano di razionalizzazione del patrimonio	Aggiornamento ed attuazione del piano di razionalizzazione del patrimonio
			AZ.1.7.3	Elaborazione del piano triennale lavori	Elaborazione ed attuazione del piano lavori	Aggiornamento ed attuazione del piano lavori	Aggiornamento ed attuazione del piano lavori
			AZ.1.7.4	Realizzazione elipiazzola per CTO	Realizzazione elipiazzola	-	-
			AZ.1.7.5	Realizzazione interventi previsti nella Casa ai Colli, padiglione 3.	Progettazione preliminare padiglione 3 CSS	Avvio lavori padiglione 3 CSS	Fine lavori padiglione 3 CSS

B. CORRETTA ED ECONOMICA GESTIONE DELLE RISORSE ATTRIBUITE ED INTROITATE

UTENTE E STAKEHOLDER · PROCESSI INTERNI · **INNOVAZIONE E SVILUPPO** · SOSTENIBILITA' ECONOMICA

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
AZ	AZ.1.8	Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze	AZ.1.8.5	Miglioramento performance Bersaglio	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2016	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2017	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2018

B. CORRETTA ED ECONOMICA GESTIONE DELLE RISORSE ATTRIBUITE ED INTROITATE

UTENTE E STAKEHOLDER · PROCESSI INTERNI · INNOVAZIONE E SVILUPPO · **SOSTENIBILITA' ECONOMICA**

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	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	Proseguimento attività	Proseguimento attività	Proseguimento attività
AZ	AZ.1.7	Razionalizzazione del patrimonio edilizio e sviluppo dell'area tecnica	AZ.1.7.2	Elaborazione di un piano straordinario per l'alienazione degli immobili non utilizzati per fini istituzionali	Elaborazione ed attuazione del piano per l'alienazione di immobili	Aggiornamento ed attuazione del piano per l'alienazione di immobili	Aggiornamento ed attuazione del piano per l'alienazione di immobili

4.6.3 C. Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi

C. OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

UTENTE E STAKEHOLDER · PROCESSI INTERNI · INNOVAZIONE E SVILUPPO · SOSTENIBILITA' ECONOMICA

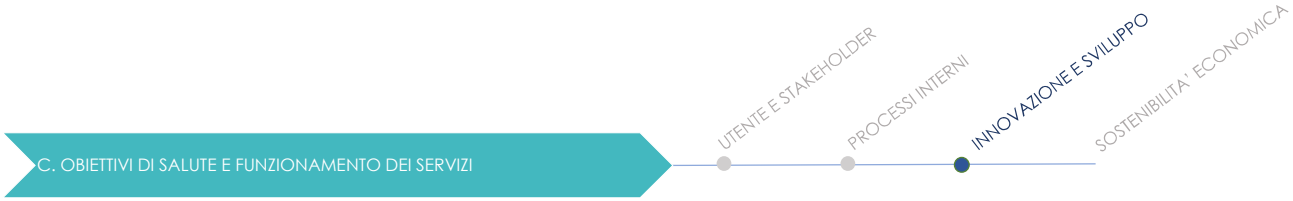
TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	C.1	Copertura vaccinazioni già obbligatorie e screening oncologici;	C.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (indicatore 1.1 della griglia LEA 2016)	Polio, Difto-tetano, epatite B, Pertosse, Hib >= 95%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura
			C.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (indicatore 1.2 della griglia LEA 2016)	Morbillo, parotite, rosolia >= 95%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura
			C.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale	≥ 75%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
				nell'anziano (>=65 anni) (indicatore 1.3 della Griglia LEA 2016)			
			C.1.4	Adesione "corretta" per screening mammografico	≥ 80%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura
			C.1.5	Adesione "corretta" per screening citologico	≥ 60%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura
			C.1.6	Adesione "corretta" per colon-retto	≥ 65%	Mantenimento tasso di copertura	Mantenimento tasso di copertura
			C.1.7	Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli stili di vita (4 indicatori)	SI	SI	SI
	C.2	Raggiungimento della % 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)	Mantenimento % (>=5%)	Mantenimento % (>=5%)	Mantenimento % (>=5%)
	C.3	Implementazione piani sicurezza alimentare	C.3.1	Controlli sanitari svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione di alimenti: % di ispezioni e campionamenti sul totale dei programmati (ind. 6.2 griglia LEA 2016)	≥ 160%	Mantenimento valore	Mantenimento valore
			C.3.2	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale: % dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (ind. 6.3 griglia LEA 2016)	≥ 90% in tutte le categorie previste	Mantenimento %	Mantenimento %
			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 con il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	Mantenimento %	Mantenimento %
			C.3.4	Percentuale di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (Indicatore 2 Adempimento AAJ Questionario LEA 2015)	≥ 99,8%	Mantenimento %	Mantenimento %
	C.4	Integrazione Ospedale - Territorio	C.4.1	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 10%	Mantenimento %	Mantenimento %
			C.4.2	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	Mantenimento %	Mantenimento %
			C.4.3	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	Tasso > 1,49 ‰	Conferma del trend	Conferma del trend
	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 min)	Mantenimento	Mantenimento
			C.5.2	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA2016)	≤ 18 minuti	Mantenimento	Mantenimento
	C.8	Qualità assistenza Ospedaliera: area materno-infantile	C.8.1	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Prosecuzione azioni di miglioramento	Prosecuzione azioni di miglioramento	Prosecuzione azioni di miglioramento
	C.9	Qualità assistenza Ospedaliera: area oncologica	C.9.1	Tempi di attesa (gg) per interventi chirurgici di area oncologica	-	-	-
			C.9.2	Tempi di attesa (gg) per il ricovero Chemioterapia (indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	-	-	-
			C.9.3	Tempi di attesa (gg) per interventi per Tumore al polmone (indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	< media nazionale	< media nazionale	< media nazionale
			C.9.4	Tempi di attesa (gg) per interventi per Tumore al colon retto (indicatore Tav. 3.10 rapporto sdo 2014)	< media nazionale	< media nazionale	< media nazionale
			C.9.5	Tempi di refertazione dell'anatomia patologica	Rispetto delle soglie regionali	Rispetto delle soglie regionali	Rispetto delle soglie regionali

C. OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

UTENTE E STAKEHOLDER | PROCESSI INTERNI | INNOVAZIONE E SVILUPPO | SOSTENIBILITA' ECONOMICA

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	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	SI	SI
	C.7	Qualità assistenza Ospedaliera: area chirurgica	C.7.1	Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	N. 1000 interventi in ricovero ordinario per sala	Mantenimento	Mantenimento
			C.7.2	Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	1) % ricoveri progr. con intervento e degenza inferiore 5 gg > 60% 2) ricoveri con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in W.S. entro 30 gg. < 5%	Prosecuzione azioni di miglioramento	Prosecuzione azioni di miglioramento
			C.7.3	Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliera (DGR 4277/2011 e modifiche successive)	Rispetto soglie di erogabilità	Rispetto soglie di erogabilità	Rispetto soglie di erogabilità
			C.7.4	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	≤15%	Mantenimento %	Mantenimento %
			C.7.5	Avvio Sperimentazione di Trapianti d'Organo a Cuore Fermo	-	-	-
	C.10	Qualità dell'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%	Mantenimento	Mantenimento
			C.10.2	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	Mantenimento	Mantenimento
			C.10.3	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (indicatore S. Anna C14.2)	≤ 15%	Mantenimento	Mantenimento
	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.	Piena adempienza del questionario LEA	Piena adempienza del questionario LEA	Piena adempienza del questionario LEA
	C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	C.12.1	Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	Tutti gli indicatori in miglioramento	Tutti gli indicatori in miglioramento	Tutti gli indicatori in 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 per milione abitanti (farmaci + vaccini) e >= 300 solo per farmaci	Mantenimento	Mantenimento
			C.13.2	Numero segnalazioni ADR sul totale 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	Sì	Sì
			C.13.4	Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit	-	-	-
			C.13.5	Sperimentazione clinica: compilazione registro regionale	1	1	1



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
AZ	AZ.1.8	Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze	AZ.1.8.5	Miglioramento performance Bersaglio	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2016	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2017	Miglioramento degli indicatori rispetto al 2018

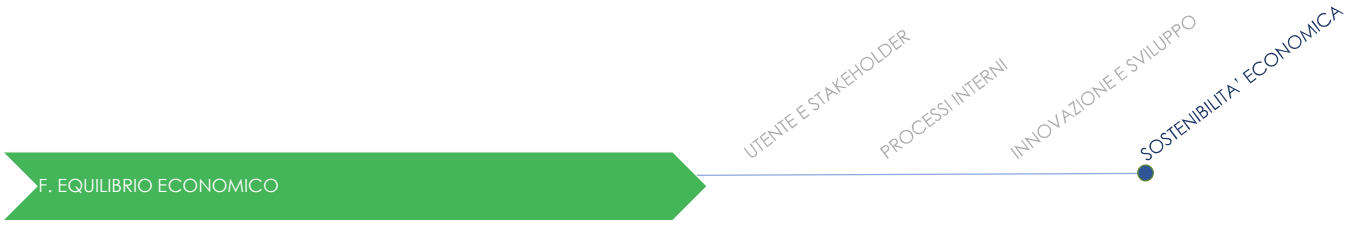
4.6.4 D. Obiettivi di efficacia e qualità delle prestazioni

Si attendono obiettivi aziendali dalla nuova DGR.

4.6.5 E - Obiettivi di qualità e sicurezza organizzativa ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico

Si attendono obiettivi aziendali dalla nuova DGR

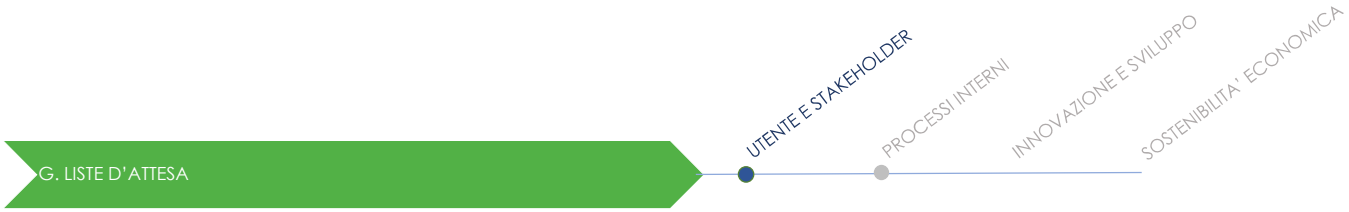
4.6.6 F - Equilibrio economico



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale	F.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
	F.2	Equilibrio economico-finanziario;	F.2.1	Rispetto del risultato economico programmato	Rispetto del risultato	Rispetto del risultato	Rispetto del risultato
			F.2.2	Variazione annuale del costo della produzione (+imposte e tasse)	≤ 0	≤ 0	≤ 0
			F.2.3	Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
			F.2.4	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Sì	Sì	Sì
	F.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	F.3.1	Rispetto del pro capite pesato diretta classe A e H assegnato	Rispetto del procapite	Rispetto del procapite	Rispetto del procapite
			F.3.2	Rispetto del tetto di costo: farmaceutica territoriale	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
			F.3.3	Rispetto del tetto di costo: farmaceutica ospedaliera	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
			F.3.4	Rispetto del tetto di costo: DM	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
			F.3.5	Rispetto del tetto di costo: IVD	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
			F.3.6	Rispetto del tetto di costo: assistenza integrativa	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
			F.3.7	Rispetto del tetto di costo: assistenza protesica	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
	F.4	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	F.4.1	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo	Rispetto del tetto di costo
			F.4.2	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori ospedalieri	Rispetto dei tetti assegnati	Rispetto dei tetti assegnati	Rispetto dei tetti assegnati
	F.5	Incremento della mobilità extraregionale attiva	F.5.1	Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera	-	-	-
AZ	AZ.1.3	Piano di razionalizzazione della spesa 2017-2019	AZ.1.3.1	Definizione ed attuazione azioni piano di razionalizzazione	Definizione ed attuazione del piano di razionalizzazione entro marzo 2017	Aggiornamento del piano e monitoraggio	Aggiornamento del piano e monitoraggio
	AZ.1.8	Sviluppo delle reti cliniche e valorizzazione delle eccellenze	AZ.1.8.4	Contenimento della mobilità sanitaria	Riduzione della mobilità sanitaria rispetto al 2016	Riduzione della mobilità sanitaria rispetto al 2017	Riduzione della mobilità sanitaria rispetto al 2018

4.6.7 G - Liste d'attesa



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	G.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013;	G.1.1	Rispetto nuovi tempi d'attesa classe A	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
			G.1.2	Rispetto nuovi tempi d'attesa classe B	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
			G.1.3	Rispetto nuovi tempi d'attesa classe C	100%	100%	100%
			G.1.4	Rispetto Piano di riduzione dei tempi d'attesa aziendale	SI	SI	SI
AZ	AZ.1.2	Rispetto delle indicazioni sul governo delle liste di attesa secondo il collegato Legge di Stabilità 2017	AZ.1.2.1	Elaborazione documento di analisi e previsione relativo alla domanda di prestazioni ambulatoriali e corrispettiva offerta aziendale	SI	SI	SI
			AZ.1.2.2	Attivazione del teleconsulto tra medici ospedalieri, MMG e PLS	Avvio del teleconsulto con un primo gruppo di MMG e PLS	Messa a regime del teleconsulto	Messa a regime del teleconsulto
			AZ.1.2.3	Elaborazione e sviluppo di linee guida per la presa in carico del paziente da parte dello specialista	Elaborazione delle linee guida per la presa in carico	Applicazione delle linee guida per la presa in carico	Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida per la presa in carico
			AZ.1.2.4	Unificazione del sistema CUP a livello provinciale con erogatori pubblici e privati accreditati. Attivazione del sistema di recall.	Integrazione offerta erogatori pubblici e privati accreditati.	Mantenimento	Mantenimento

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
			AZ.1.2.5	Istituzione tavolo di monitoraggio delle liste di attesa	Istituzione tavolo regole per il monitoraggio	Mantenimento	Mantenimento
			AZ.1.2.6	Apertura dei servizi ambulatoriali sino alle 23 per 3 gg a settimana e 8-12 sabato e domenica	SI	Mantenimento	Mantenimento
			AZ.1.2.7	Rispetto dei tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici per le classi A, B, C e D, compresi interventi per neoplasia maligna	SI	Mantenimento	Mantenimento
			AZ.1.2.8	Appropriatezza prescrittiva. Azioni di miglioramento condivise con MMG / PLS.	Definizione ed attuazione azioni di miglioramento	Definizione ed attuazione azioni di miglioramento	Definizione ed attuazione azioni di miglioramento

G. LISTE D'ATTESA

UTENTE E STAKEHOLDER · PROCESSI INTERNI · INNOVAZIONE E SVILUPPO · SOSTENIBILITA' ECONOMICA

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	G.2	Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante;	G.2.1	Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Riduzione tasso di utilizzo nelle branche fuori std	Mantenimento riduzione	Mantenimento riduzione
	G.3	Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche	G.3.1	Verifica della presenza del quesito diagnostico	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
			G.3.2	Predisposizione di azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività

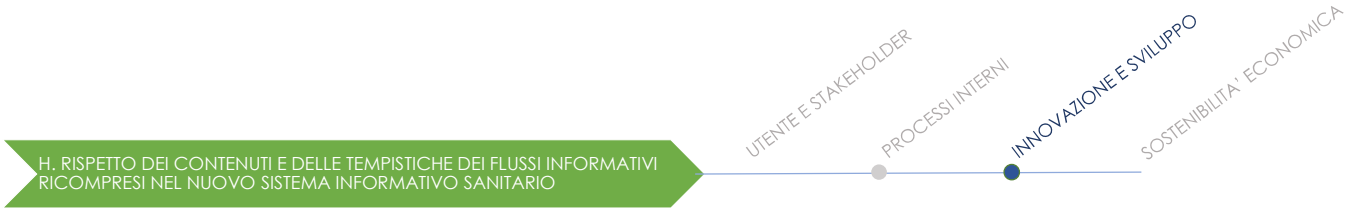
4.6.8 H - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo

H. RISPETTO DEI CONTENUTI E DELLE TEMPISTICHE DEI FLUSSI INFORMATIVI RICOMPRESI NEL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

UTENTE E STAKEHOLDER · PROCESSI INTERNI · INNOVAZIONE E SVILUPPO · SOSTENIBILITA' ECONOMICA

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
R	H.1	Completezza e tempestività delle SDO	H.1.1	Percentuale di sdo inviate sul totale delle sdo chiuse	-	-	-
			H.1.2	Risoluzione di anomalie di registrazione nel regime di ricovero	Sì	Sì	Sì
	H.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	H.2.1	Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	Messa a regime sistemi di firma	Mantenimento % di firma	Mantenimento % di firma
			H.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	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
			H.2.3	% di indicizzazione del Patient Summary sul totale della popolazione individuata	Incremento % rispetto al 2016	Incremento % rispetto al 2017	A regime
	H.3	Completamento	H.3.1	% di ricette prescritte in modalità	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%

TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
		del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea		dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS			
			H.3.2	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	H.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari;	H.4.1	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	SI	SI	SI
	H.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extra-ospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali;	H.5.1	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extra ospedaliera	Rispetto delle scadenze e qualità flusso	Mantenimento	Mantenimento
			H.5.2	Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità extra ospedaliera in area disabili nel 2014 (dgr 1059/2012).	Flusso senza errori bloccanti	Mantenimento	Mantenimento
			H.5.3	Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extra ospedaliera	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
			H.5.4	Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
			H.5.5	Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare	Rispetto della tempistica dei pagamenti	Rispetto della tempistica dei pagamenti	Rispetto della tempistica dei pagamenti



TIPO	COD. OB.OP.	OBIETTIVO OPERATIVO	COD. INDIC.	INDICATORE	2017	2018	2019
AZ	AZ.1.5	Sviluppo dell'informatizzazione secondo quanto previsto dal piano triennale	AZ.1.5.1	Elaborazione ed attuazione del piano triennale informatica	Elaborazione ed attuazione del piano	Aggiornamento ed attuazione del piano	Aggiornamento ed attuazione del piano
			AZ.1.5.2	Messa a regime della nuova procedura protocollo e delibere	Messa a regime procedura protocollo e delibere	-	-
			AZ.1.5.3	Implementazione del nuovo sistema amministrativo/contabile	Avvio del nuovo sistema amm.vo contabile	Messa a regime del nuovo sistema amm.vo contabile	-
			AZ.1.5.4	Integrazione / implementazione del CUP unico su base provinciale	Integrazione dei CUP su base provinciale	Avvio del CUP unico provinciale	Messa a regime del CUP unico
			AZ.1.5.5	Integrazione/unificazione delle procedure ricoveri e PS su base provinciale	Avvio delle procedure ricoveri e PS su scala provinciale	Messa a regime delle procedure ricoveri e PS su scala provinciale	Messa a regime delle procedure ricoveri e PS su scala provinciale
			AZ.1.5.6	Integrazione/unificazione delle procedure territoriali	Avvio delle procedure territoriali su scala provinciale	Messa a regime delle procedure territoriali su scala provinciale	Messa a regime delle procedure territoriali su scala provinciale
			AZ.1.5.8	Elaborazione ed attuazione del piano di separazione ULSS Euganea da Azienda Ospedaliera di Padova	Avvio processo di separazione sistemi IT Ulss n.6 Euganea e AOP	Proseguimento processo di separazione sistemi IT Ulss n.6 Euganea e AOP	Conclusione processo di separazione sistemi IT Ulss n.6 Euganea e AOP

Dividi ogni difficoltà in tante piccole parti quanto è possibile e risolvila.

René Descartes

5. Il Ciclo di Gestione delle Performance

5.1 I riferimenti normativi

Ai sensi dell'art. 1, del D. Lgs. 150/2009 per le strutture del Servizio Sanitario è previsto l'adeguamento ai principi di cui all'art. 3 (principi su misurazione, valutazione e trasparenza), art. 4 (ciclo di gestione della performance), art. 5, c. 2 (caratteristiche degli obiettivi), art. 7 (sistema di misurazione e valutazione della performance), art. 9 (misurazione e valutazione della performance individuale), art. 15, c. 1 (responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo sulla promozione della cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità), del decreto stesso. E' inoltre previsto, all'art. 31, l'adeguamento alle disposizioni di cui all'art. 17, c. 2 (sistema premiante senza nuovi oneri), art. 18 (selettività nei premi, esclusione automatismi), art. 23, c. 1 e 2 (selettività delle progressioni economiche), art. 24, c. 1 e 2 (concorsualità nelle progressioni di carriera), art. 25 (attribuzione di incarichi e responsabilità per favorire la crescita professionale e la responsabilizzazione), art. 26 (percorsi di alta formazione e periodi di lavoro in primarie istituzioni nazionali ed internazionali), art. 27, c. 1 (destinazione a incentivo di quota parte dei risparmi sui costi di funzionamento).

Altre norme di riferimento sono:

- D. Lgs 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- D.lgs. 229/99 di riforma ter recante: 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 CCCCNNL 03/11/2005, artt. 6, 8, 9 e 10del 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;
- L.R. 55/1994, "Norme sull'assetto programmatorio, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502"
- L.R. 56/1994, "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"
- L.R. 23/2012 contenente Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione piano socio- sanitario regionale 2012-2016.

- D.G.R. 2205/2012, contenente le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e la valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 150/2009, sostituita con la successiva D.G.R. n. 140/2016, di approvazione delle linee guida seguite nella redazione del presente atto.

5.2 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 delle 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 contradditorio 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 dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance, sopra descritto, 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. In particolare:

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.

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 capacita 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 è il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della Struttura Controllo di Gestione sovraintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.

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. 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. Relazione annuale sulla Performance.

La pubblicazione: il sistema prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti:

a. Piano della performance – Documento delle Direttive;
b. 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.

5.3 Metodologia Aziendale applicata

Il sistema di programmazione e controllo consente all'azienda di formulare e articolare gli obiettivi aziendali, creando 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.

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.

Formulazione del Budget

Il Documento delle Direttive costituisce lo strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget che verranno formalizzati nella scheda di budget.

La contrattazione riguarderà ogni singola struttura e avverrà tra la Direzione Strategica, 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. Partecipano agli incontri i servizi trasversali indispensabili a fornire informazioni sui settori di competenza (farmaci, personale, acquisiti, lavori, nonché il bilancio).

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

La Scheda di Budget, costituisce il documento che sintetizza gli accordi e rappresenta il supporto operativo al processo. Essa è sottoscritta congiuntamente dalla Direzione Strategica, dal Direttore di articolazione aziendale e dal Direttore di struttura.

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

- Gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive: devono essere evidenziati anche quelli collegati ad erogazione di risorse aggiuntive;
- Azioni 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 che identifica se un obiettivo è specifico del personale dirigente o del personale del comparto;

Parte integrante della scheda di Budget è la **scheda delle risorse,** che riporta le risorse a disposizione in termini di:

- Personale presente a inizio anno (escluse lunghe assenze) ed assegnato;
- Budget dei consumi di materiale sanitario;
- Attrezzature sanitarie definite nel piano investimenti;
- Eventuali risorse aggiuntive.

Svolgimento e misurazione dell'attività

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

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

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso sarà cura 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 necessita di una revisione degli accordi. La revisione degli accordi è esclusiva competenza della Direzione Strategica ed avviene di norma non oltre il mese di ottobre dell'anno di budget.

Reporting e valutazione

I report sono prevalentemente trimestrali, 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.

Anche in quest'area sarà fondamentale la progettazione di un sistema aziendale innovativo di reporting oltre allo sviluppo di sistemi di valutazione e collegamento con il sistema premiante. Diventa necessaria, in questo primo anno, l'adozione di un sistema comune prendendo a modello la "*migliore delle pratiche esistenti*"; ciò presuppone la revisione della delegazione trattante nel rapporto con le OO.SS. e la formalizzazione, attraverso specifici regolamenti, di sistemi di valutazione coerenti con i principi normativi regionali e nazionali sopra illustrati.

5.4 Timing del Processo

FASE/ATTIVITÀ (CON RIFERIMENTO ALL'ANNO DI COMPETENZA)	ANNO 2017
Piano delle Performance anno 2017-2019 e Direttive 2017	Gennaio
Definizione BEP 2017	Febbraio
Negoziazione Budget e sottoscrizione (anno 2017)	Febbraio - Aprile
Delibera di approvazione Schede di budget (anno 2017)	Maggio
Predisposizione schede Valutazione obiettivi delle Strutture (anno 2016)	Maggio
Valutazione obiettivi Individuali per le tre ex-ULSS (anno 2016)	Giugno
Relazione sulla Performance per le tre ex-ULSS (anno 2016)	Giugno
Incontro di Monitoraggio intermedio degli obiettivi (anno 2017)	Luglio
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2016)	Luglio

Allegato 1 – Criteri di valutazione degli obiettivi di budget

La scheda di Programmazione e Budget di ogni Unità Operativa è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo.

La Direzione strategica esprime il suo compito di indirizzo attraverso la selezione degli indicatori e l'attribuzione di un peso per ciascuno di essi. Il maggior peso evidenzia obiettivi che nel contesto delle attività svolte sono ritenuti prioritari e verso cui è opportuno rivolgere la massima attenzione per migliorare le prestazioni Aziendali. In fase di verifica, viene determinato il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale. Il raggiungimento dei singoli obiettivi e la valutazione complessiva della scheda devono essere espressi in termini percentuali.

La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore:

- Nel caso di obiettivi misurati con un indicatore quantitativo la percentuale di raggiungimento viene determinata valutando lo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto;
- Per quanto riguarda gli obiettivi misurati da indicatori dicotomici (es. SI/NO) viene attribuito il peso assegnato all'indicatore con punteggio pieno se l'obiettivo è raggiunto, zero nel caso di obiettivo non raggiunto, è possibile assegnare un risultato intermedio sulla base delle relazioni e motivazioni presentate;
- Gli obiettivi non espressamente quantitativi e privi di un indicatore numerico, e quindi valutati in maniera soggettiva, devono essere, comunque, associati ad una scala da 0 a 100 in valore percentuale. Le valutazioni di natura soggettiva devono essere supportate con relazioni, documenti, dati e note esplicative;
- Qualora un obiettivo non sia stato attivato per motivi terzi indipendenti dalla UOC/SSD, (ad esempio per la sospensione dello stesso da parte della Regione o della Direzione), ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'obiettivo si considera comunque raggiunto (metodo utilizzato anche dalla Regione in fase di valutazione degli obiettivi assegnati alle Aziende).

Punteggio complessivo della scheda

Al termine del processo di misurazione degli indicatori, per ogni Struttura organizzativa valutata, dovrà essere calcolata la percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi come somma del valore degli obiettivi pesati (percentuale di raggiungimento del singolo obiettivo per il suo peso).

La valutazione di raggiungimento complessiva degli obiettivi costituisce il riferimento quantitativo ai fini della incentivazione Aziendale.

Nel caso in cui valutatore e valutato discordino sulla valutazione finale dovrà essere seguita la procedura prevista dalle contrattazioni aziendali vigenti.