Note Trasparenza: *Con la presente deliberazione si approvano le tre "Relazione sulla Performance anno 2016" delle ex Ulss n. 15 n. 16 e n. 17.*

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

N. 478 del 30-6-2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

dott. Domenico SCIBETTA

Coadiuvato dai Signori:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO	dr.ssa Paola Bardasi
DIRETTORE SANITARIO	dr.ssa Patrizia Benini
DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI	avv. Daniela Carraro

OGGETTO: Relazione sulla Performance anno 2016 - Aziende ex Ulss n. 15 n. 16 e n. 17.

Il Direttore della Struttura SC Controllo di Gestione - ex16

nelle funzioni di Coordinatore Area Controllo di Gestione Ulss n. 6 “Euganea” riferisce quanto segue:

“Il D.Lgs. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” art. 10, comma 1, lettera b) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente “un documento (…) denominato “Relazione sulla performance” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti (…)”.

La DGRV n. 2205/2012 “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22 (…)” nell’allegato A, riporta quanto segue: “…le aziende dovranno anche adottare la “Relazione degli obiettivi” che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse (…)”.

Il D.Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” prevede all’art. 8 che “ogni amministrazione ha l’obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente” la Relazione di cui all’art. 10 del decreto legislativo 27 Ottobre 2009 n. 150.

Con DGR n.140 del 16/02/2016 la Regione Veneto ha approvato le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. In tale provvedimento, che sostituisce integralmente la DGR n.2205 del 6 novembre 2012 e i suoi allegati, vengono riportati i contenuti essenziali suggeriti della relazione sulla Performance.

Al fine di adempiere agli obblighi previsti dalla normativa si è provveduto ad elaborare i documenti “Relazione sulla Performance - anno 2016” con lo scopo di evidenziare i risultati raggiunti rispettivamente dalle Aziende Ulss n. 15 n.16 e n.17 nell’anno 2016.

Le tre “Relazione sulla Performance - anno 2016”, che si allegano quali parti integranti della presente deliberazione, saranno inviate all’Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione. Le relazioni saranno successivamente pubblicate nel sito istituzionale aziendale nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente””.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione del Coordinatore dell’Area Controllo di Gestione Ulss n. 6 “Euganea”;

Dato atto che il Coordinatore dell’Area Controllo di Gestione ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Coadiuvato dai Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, che ai sensi dell’art. 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i., esprimono parere favorevole per quanto di rispettiva competenza;

In base ai poteri conferitigli dal D.P.G.R. n.73 del 22/06/2016, confermato dal D.P.G.R. n.161 del 30/12/2016;

DELIBERA

1. di adottare le tre “Relazione sulla performance – anno 2016” delle Aziende Ulss n. 15 n.16 e n.17, allegate al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali dello stesso;

2. di inviare le tre “Relazione sulla performance – anno 2016” all’Organismo Indipendente di Valutazione dell’azienda per gli adempimenti di competenza;

3. di disporre la pubblicazione delle stesse nel sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Direttore Generale
dott. Domenico Scibetta

Direttore Amministrativo	Direttore Sanitario	Direttore dei Servizi Socio Sanitari
dr.ssa Paola Bardasi	dr.ssa Patrizia Benini	avv. Daniela Carraro

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE EX ULSS 15 'Alta Padovana'

ANNO 2016

INDICE

1.Presentazione della relazione **pag. 3**

2.Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni **pag. 4**

2.1 Il territorio, la popolazione assistita e l'organizzazione dell'Azienda pag. 4

2.2 La struttura e l'organizzazione dei servizi pag. 4

3. I risultati raggiunti e gli scostamenti **pag. 12**

3.1 Gli obiettivi strategici aziendali pag. 12

3.2 Gli obiettivi di Unità Operativa pag. 13

3.3 Gli obiettivi individuali pag. 14

4. Risorse, efficienza ed economicita' **pag. 16**

4.1 Le risorse umane pag. 16

4.2 Sintesi del bilancio di esercizio 2016 e confronto con i costi del 2015 pag. 17

4.3 I costi per livelli essenziali di assistenza pag. 18

5. Il processo di redazione della relazione **pag. 21**

6. Conclusioni **pag. 22**

Allegati 1-6

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 5 di 250

1) PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE

La presente relazione viene predisposta in ottemperanza a quanto previsto dalla DGRV 140/16 e dalla delibera CIVIT n. 5/12, che fornisce linee-guida a cui ispirarsi nella definizione di questo documento, con cui l'Azienda illustra ai cittadini e a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nell'anno precedente, così come previsto dall'art. 10 del D. Lgs 150/2009.

La stessa dovrà essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, come previsto dall'art. 14 del citato D. Lgs 150/2009.

Va precisato che l'anno 2016 è stato caratterizzato da numerosi cambiamenti nei vertici e nell'organizzazione aziendale, che hanno visto dapprima la nomina di un Commissario con funzioni di Direttore Generale, a seguito del decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 194/2015, a cui è stato affidato il preciso compito di attivare nel corso del 2016 il Centro Traumatologico Ortopedico (CTO) presso l'Ospedale di Camposampiero.

Lo stesso Commissario è stato nominato dalla Giunta Regionale anche Direttore Generale dell'ex Ulss n. 16 di Padova e contemporaneamente Commissario della disciolta ULss n. 17 di Monselice, ad indicare la precisa volontà regionale di avviare un percorso di conoscenza e condivisione tra le Aziende, al fine di giungere più facilmente alla riorganizzazione delle Aziende sanitarie venete, concretizzatasi poi nel mese di ottobre 2016 con l'approvazione della L.R. 19/2016 che ha determinato, a partire dal 1 gennaio 2017, il nuovo assetto territoriale dell'organizzazione sanitaria veneta, con la riduzione delle Aziende sanitarie da 21 a 7.

Il Commissario nominato ha presentato le sue dimissioni, a far data dal 20 giugno 2016 e con successivo Decreto n. 73 del 22 giugno 2016 è stato nominato un nuovo Commissario. Anche il Direttore Sanitario, incaricato inizialmente con delibera n. 2 del 1 febbraio 2016, ha rassegnato le sue dimissioni ed è stato successivamente incaricato, con delibera n. 447 del 15 luglio 2016 un nuovo Direttore Sanitario.
I cambiamenti descritti hanno creato un rallentamento in alcuni processi in atto, tra cui proprio quello relativo alla definizione del Piano delle Performance e all'attribuzione degli obiettivi di budget alle Unità Operative aziendali.

Il ciclo delle performance per l'anno 2016 ha avuto inizio con l'aggiornamento del precedente Piano triennale delle performance 2015-2017, deliberato dalla Direzione strategica con provvedimento n. 254 del 15/04/2016, inviato a tutte le Unità Operative aziendali e inserito nel sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il piano ha recepito gli obiettivi regionali assegnati per l'anno 2016 alle Aziende Sanitarie ed ospedaliere del Veneto, con DGR n. 2072/15.

Attraverso il processo di budget gli obiettivi aziendali sono stati attribuiti alle Unità Operative attraverso un sistema di contrattazione conclusosi con l'adozione della delibera n. 507 del 03/08/2016.

Nel corso del 2016 il monitoraggio dei principali obiettivi, riguardanti i volumi di attività ospedaliera ed ambulatoriale, il rispetto dei tetti di costo, il rispetto dei tempi di attesa, l'andamento della mobilità sanitaria e la corretta applicazione degli istituti contrattuali del personale è stato garantito dall'invio di reports periodici (mensili e/o trimestrali e/o annuali) inviati dall'Unità Controllo di Gestione e dall'Unità Risorse Umane a tutti i Responsabili di Unità Operativa.

Con cadenza pressoché quadrimestrale il Commissario ha organizzato dei meeting aziendali, che hanno visto la partecipazione di tutti i Responsabili di Unità Operativa e tutti i coordinatori o titolari di posizione organizzativa; in tali occasioni venivano illustrati i risultati in del monitoraggio degli obiettivi aziendali, al fine di rendere partecipe tutta la struttura aziendale nel processo di realizzazione delle strategie aziendali.

2) SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 Il territorio, la popolazione assistita e l'organizzazione dell'azienda

L'ambito territoriale dell'Azienda comprende 28 Comuni della Provincia di Padova, con una popolazione complessiva di 258.172 abitanti, in lieve incremento (+33 residenti) rispetto all'anno precedente.

Nella allegata tabella n. 1 è rappresentata la suddivisione della popolazione per fasce d'età.

Il modello organizzativo dell'azienda è descritto nelle schede riportate nell'allegato 2.

2.2 La struttura e l'organizzazione dei servizi

2.2.1 L'Ospedale

L'azienda opera mediante due presidi a gestione diretta, di dimensioni simili, per complessivi 698 posti-letto (vedi allegato n. 3), organizzati in dipartimenti strutturali. Entrambi i presidi ospedalieri hanno ottenuto **l'autorizzazione all'esercizio** e l'**accreditamento istituzionale,** secondo quanto previsto dalla L.R. 22/02.

Non sono presenti sul territorio strutture ospedaliere private accreditate.

I ricoveri ordinari e diurni sono stati circa 27.500, in lieve incremento rispetto al 2015 (+2,5%), con un tasso di occupazione dei posti-letto del 78%, e un valore pari a € 101.200.000, sostanzialmente allineato al valore registrato nel 2015.

Si tratta di Ospedali che esprimono un'alta efficienza ed alcune aree di eccellenza sono riconosciute a livello regionale:

- il "Centro regionale specializzato per la chirurgia videolaparoscopica robotica";
- il "Centro regionale specializzato per la prevenzione, lo studio e il trattamento dell'artrosi deformante dell'anca";
- il "Centro regionale specializzato per la prevenzione e la terapia delle malattie orodentali";
- il "Centro regionale specializzato per la retinite pigmentosa";
- la definizione di centro "hub" nella rete integrata interospedaliera per il trattamento in emergenza dell'infarto miocardio acuto al Servizio di Emodinamica dell'Ospedale di Cittadella.

A fine del 2015 è stata effettuata una importante revisione dei posti-letto, al fine di proseguire l'azione di adeguamento a quanto previsto dall'atto aziendale approvato nei primi mesi del 2014, in conseguenza alla definizione della programmazione regionale. A seguito di tale revisione il numero di posti-letto è sostanzialmente allineato alla programmazione regionale, a meno di contenute differenze che dovranno rientrare con l'avvio del nuovo Centro Traumatologico e con l'attivazione di due Ospedali di Comunità e di due Unità Riabilitative Territoriali, prevista per il 2016, ma poi rinviata sulla base di specifiche indicazioni regionali.

Il completo adeguamento alla programmazione regionale sta avvenendo secondo tappe, alcune delle quali sono vincolate a indicazioni regionali e correlate a specifici finanziamenti.

Per quanto riguarda **l'avvio del CTO**, il progetto già approvato in CRITE a marzo 2015, ha risentito di alcune novità intervenute, tali da richiedere una revisione del progetto stesso: si è pertanto ritenuto necessario identificare un gruppo di lavoro, formato da personale tecnico e sanitario, coordinato dal Direttore Amministrativo, che ha prodotto un piano operativo di attività rispetto al quale sono state completati gli interventi strutturali, in modo da sistemare l'area delle degenze, sono stati conclusi i concorsi per l'assunzione di personale medico specialista in chirurgia maxillo – facciale, ortopedia, chirurgia vascolare, radiologia, neorochirurgia, è stato collaudato il nuovo angiografo. L'inaugurazione ufficiale del CTO è prevista nei prossimi mesi.

Nel corso del 2016 è entrata a regime a Camposampiero la struttura di **week surgery**, avviata a fine 2015, in cui confluiscono i ricoveri chirurgici di durata presunta inferiore a 5 giorni, destinata ai pazienti di chirurgia generale, urologia, ginecologia. Tale soluzione organizzativa,

consente un impiego più efficiente delle risorse di personale, garantendo l'apertura dal lunedì al venerdì e con chiusura durante il fine settimana.

Da gennaio 2016 è stato attivato il **Laboratorio Regionale di Immunologia dei Trapianti**, collocato a Camposampiero presso il Servizio Immunotrasfusionale, afferente al DIMT della provincia di Padova, come previsto dalla DGR n. 2071/2015. Si tratta di un servizio che prima veniva svolto per tutta la Regione Veneto dalla Fondazione IRCSS "Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico" con sede a Milano.

Sono proseguite le attività legate **all'appropriatezza dell'uso dell'ospedale**, che hanno consentito di consolidare il tasso di ospedalizzazione standardizzato della popolazione, arrivato ormai al 124 per mille contro un valore standard di 135 per mille, grazie alle operazioni di trasferimento dell'attività di ricovero in attività ambulatoriale, sicuramente più gradita al cittadino e più economica per l'Azienda.

In ambito di appropriatezza costituiscono punti di riferimento importanti **gli indicatori individuati da AGENAS nell'ambito del "Programma Nazionale Esiti" e dal network coordinato dalla Scuola Sant'Anna di Pisa**, che monitorano la qualità dell'assistenza erogata da moltissime strutture italiane e rappresentano un importante benchmark, entro cui i due Ospedali di Camposampiero e Cittadella si collocano sempre in posizioni soddisfacenti.

Dal punto di vista organizzativo è ormai consolidata la prassi di garantire che le specialità con posti-letto presenti solo in uno dei due Presidi effettuino prestazioni anche nell'altro presidio e/o presso le sedi distrettuali, al fine di contrastare più efficacemente la mobilità passiva; in tal senso l'équipe di Orl, presente a Cittadella, ha proseguito l'effettuazione di alcune attività chirurgiche nell'Ospedale di Camposampiero, come pure sono proseguiti gli interventi di chirurgia bariatrica effettuati dall'èquipe di Cittadella presso la sede di Camposampiero, con l'utilizzo del robot chirurgico presente in tale sede, in modo da sfruttare al massimo le potenzialità dell'importante attrezzatura. Lo stesso discorso vale per le specialità presenti a Camposampiero, Urologia e Oculistica, che hanno mantenuto le loro attività presso l'Ospedale di Cittadella.

Dal punto di vista **strutturale** gli aspetti più significativi che hanno caratterizzato l'anno 2016 sono stati:

a Camposampiero:

- la conclusione dei lavori di riorganizzazione degli spazi della patologia neonatale;
- la prosecuzione delle attività di progettazione per la realizzazione dell'elipiazzola, indispensabile per la realizzazione del CTO;
- l'esecuzione dei lavori di adeguamento per l'installazione del nuovo angiografo a supporto dell'attività del CTO;
- la realizzazione degli interventi di sistemazione del 7° piano – blocco B - con il trasferimento dell'Urologia;

- la ridefinizione degli spazi, come già detto, del quinto piano per l'avvio del CTO.

a Cittadella:

- l'avvio dei lavori per la sistemazione dell'obitorio in una nuova sede;
- la realizzazione degli interventi impiantistici ed edili di sistemazione dei locali lasciati liberi dalla Radiologia, per attivare una sala destinata agli interventi chirurgici ambulatoriali di oculistica.

Per quanto riguarda l'acquisizione di **attrezzature e tecnologie**, gli investimenti più rilevanti dell'anno, hanno riguardato:

- la sostituzione della Risonanza magnetica a Cittadella (€ 1.330.000);
- la sostituzione del Robot chirurgico a Camposampiero (€ 2.000.000);
- l'acquisto di un Angiografo digitale per la radiologia di Camposampiero per l'avvio del CTO (€ 470.000);
- sempre per l'avvio del CTO, la sostituzione di n. 2 Stazioni di anestesia (€ 120.000);
- l'acquisto di n. 2 ambulanze, una per Camposampiero finanziata da CARIPARO, e una per Cittadella (€ 250.000);
- l'acquisto del nuovo Sistema di monitoraggio per la patologia neonatale (€ 180.000) nella nuova sede ristrutturata;
- la sostituzione dell'ecografo per l'ostetricia/ginecologia di Cittadella (€ 150.000)
- l'acquisto di alcune Workstation per la radiologia (€ 200.000)
- la sostituzione di strumentazione hardware di base (€ 400.000)
- la sostituzione di letti/barelle e altri mobili per ufficio (€ 250.000)

Per quanto riguarda l'informatizzazione, sono proseguite le attività legate alla realizzazione del fascicolo sanitario, attraverso l'estensione completa della lettera di dimissione informatizzata con l'applicazione della firma digitale e la messa a regime del software delle sale operatorie con la produzione del verbale e del registro operatorio. Particolare impegno ha richiesto nell'anno l'implementazione e la diffusione della ricetta dematerializzata.

Gli Ospedali, oltre a garantire l'emergenza, l'urgenza e l'attività di ricovero ordinario e diurno, si fanno carico dell'erogazione di gran parte dell'attività specialistica ambulatoriale. In questo ambito va sottolineata la prosecuzione dell'apertura di alcuni servizi in orario serale, pre-festivo e festivo, al fine di andare incontro alle esigenze dei lavoratori e di contribuire

all'abbattimento delle liste d'attesa: sono fruibili in tali orari alcune prestazioni di radiologia (ecografie, TAC, RMN) e di gastroenterologia (colonscopie).

2.2.2 Il Distretto

L'assistenza primaria viene erogata da 177 Medici di Medicina Generale e 28 Pediatri di libera scelta.

E' proseguito il Piano Aziendale per il **potenziamento dell'Assistenza primaria**, finalizzato al riorientamento quali-quantitativo e alla pianificazione dei servizi territoriali, approvato nel 2012, con l'avvio di n. 5 Medicine di gruppo Integrate, di cui n. 2 provenienti da riconversioni UTAP, per un totale di 56 Medici.

Ogni Medicina di Gruppo Integrata regola la propria attività sulla base di un contratto di esercizio formulato in conformità ad uno schema-tipo regionale, che prevede l'implementazione di n. 4 percorsi diagnostico-terapeutici (diabete, scompenso cardiaco, bronco - pneumopatia cronica ostruttiva, terapia anticoagulante orale) a cui le Medicine di Gruppo, avviate in date diverse e con punti di partenza piuttosto disomogenei, si stanno gradualmente allineando.

Oltre alle Medicine di Gruppo Integrate, sono presenti altre forme di associazioni a minor grado di integrazione, medicine di rete e medicine di gruppo; ad oggi i Medici rimasti "singoli" sono 15.

L'**assistenza specialistica ambulatoriale** viene erogata in 8 sedi territoriali aziendali, a cui si aggiungono 8 strutture private accreditate presenti sul nostro territorio, rappresentate sia da medici singoli che da società, e 3 società situate fuori Ulss. Il volume di attività ambulatoriale è ragguardevole, con circa 3.650.000 prestazioni e un "fatturato" che si aggira intorno a 53 milioni di euro. L'attività è in leggera riduzione rispetto al 2015 (-4% sul numero di prestazioni, - 1% sul valore della produzione), in linea con le indicazione regionali di riduzione delle prestazioni con tasso di utilizzo fuori standard, ma anche per effetto del cosiddetto "Decreto Lorenzin" (DM 9 dicembre 2015) che ha riguardato prevalentemente le prestazioni di laboratorio analisi, radiologia, odontoiatria.

L'obiettivo di contenere il numero di prestazioni specialistiche ad un tasso inferiore a 4 per abitante (escludendo gli esami di laboratorio) è stato raggiunto, come pure è stato raggiunto l'obiettivo di rispetto dei tempi di attesa standard previsti dalla Regione per le prestazioni "traccianti" con risultati che, nel corso del 2016, sono stati particolarmente soddisfacenti.

E' proseguita l'attività della **Centrale Operativa territoriale** (COT), che garantisce e coordina la presa in carico integrata dei pazienti "fragili" dal punto di vista socio-sanitario. L'èquipe della COT è multiprofessionale, formata da infermieri e assistente sociale, in grado di rilevare i punti di forza e di debolezza del paziente e di elaborare percorsi di reinserimento della persona in famiglia o in altra struttura a seguito di un ricovero ospedaliero. Nel corso del 2016 sono stati 2.146 i pazienti presi in carico dalla COT, in netto incremento rispetto al 2015 (+27%).

L'assistenza domiciliare nelle sue diverse forme è stata mantenuta a livelli elevati, prendendo in carico complessivamente circa 8.350 pazienti, pari al 3,3% della popolazione. Sono a regime le nuove modalità di erogazione dei contributi per le cure domiciliari alle persone non autosufficienti, la cosiddetta "Impegnativa di Cura domiciliare" (ICD), che nel corso del 2016 sono state n. 1.677 .

L'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti nella nostra azienda è erogata attraverso 11 centri servizi, che assicurano una capacità ricettiva di 1.070 posti, a fronte di 905 impegnative di residenzialità, a cui si accede attraverso il Registro Unico di residenzialità, il cui regolamento è stato rivisto nel corso del 2015.

L**'assistenza ai disabili**, viene assicurata nel territorio da 6 strutture residenziali, che offrono una ricettività di 98 posti-letto e da 16 strutture diurne che garantiscono 413 posti. L'obbligo del rispetto dei tetti di spesa previsti a bilancio ha determinato la creazione di una lista di attesa sia per l'ingresso nelle strutture residenziali che in quelle semi-residenziali.

Le **cure palliative**, attivate fin dal 2008, sono state potenziate negli anni fino al riconoscimento, nel corso del 2015, di Unità Operativa Complessa con un nucleo a Camposampiero e un nucleo a Cittadella. Il servizio è organizzato in rete con i servizi domiciliari, ambulatoriali e hospice e si occupa dei malati in fase terminale, pianificando il programma assistenziale e assicurando i trattamenti antalgici necessari per contrastare il dolore. I pazienti che hanno avuto accesso al servizio sono stati circa 500.

Per quanto riguarda i **servizi per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia**, i consultori familiari hanno assicurato la presa in carico di circa 5.500 utenti attraverso l'erogazione di circa 70.000 prestazioni di tipo ostetrico-ginecologico e/o psico-sociali. Il servizio per l'Età evolutiva ha garantito l'accesso a circa 3.000 soggetti, in costante incremento nell'ultimo triennio, a cui sono state erogate circa 50.000 prestazioni.

Il **Servizio per le Dipendenze** dell'Azienda, organizzato su due sedi (Camposampiero e Cittadella) segue le persone dipendenti, o a rischio dipendenza, da sostanze stupefacenti, alcool, fumo o gioco d'azzardo. Gli utenti in carico nel corso del 2016 sono stati 1.228, di cui 611 dipendenti da sostanze stupefacenti, 364 da alcool e 88, peraltro in costante aumento, da gioco d'azzardo. Per i tabagisti è presente un ambulatorio a Camposampiero dove vengono effettuati trattamenti sia medico-farmacologici, che psicoterapeutici individuali e di gruppo. Quando i trattamenti al Ser.D non sono sufficienti, si ricorre agli inserimenti nelle strutture residenziali, che forniscono trattamenti intensi e prolungati con l'allontanamento dal contesto familiare e sociale di appartenenza: gli inserimenti in tali strutture, tutte situate fuori territorio Ulss hanno riguardato nel 2016 n. 58 utenti tossicodipendenti e 31 alcolisti.

La **Salute Mentale** nel territorio aziendale è assicurata da una composita rete di servizi, ospedalieri, ambulatoriali, residenziali e semi-residenziali, che fanno capo al Dipartimento Salute Mentale. Gli utenti complessivamente presi in carico sono circa 3.900, di cui 104 inseriti in strutture

residenziali (CTRP, Comunità alloggio, gruppi appartamento) e 255 in quelle semi-residenziali (Centri diurni riabilitativi, day hospital territoriali, centri occupazionali diurni).

2.2.3 Il Dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento, la cui sede principale è a Camposampiero, anche se molte attività vengono svolte nelle diverse sedi distrettuali, è organizzato attraverso le seguenti Unità Operative:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) - comprende la Medicina legale
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)
- Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) - comprende Epidemiologia
- Servizio Sanità Animale
- Servizio Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati
- Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

che svolgono le molteplici e variegate attività che fanno capo al dipartimento stesso.
Gli obiettivi di salute sono indicati nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018, che la Regione ha approvato con DGR 749 del 14/5/2015 e che l'Azienda ha dettagliato, specificando e programmando le attività, con delibera n. 1077 del 29/12/2015.

A livello complessivo è proseguita l'informatizzazione di tutti i servizi e lo sviluppo di meccanismi che integrano vari sistemi aziendali, in modo da consentire, ove possibile, la prenotazione delle prestazioni, la loro rendicontazione e la relativa fatturazione in tempi più stretti rispetto al passato.

Anche l'attività di **osservazione epidemiologica** ha trovato continuità con la revisione del profilo epidemiologico della popolazione (profilo di salute) e la prosecuzione del progetto "PASSI", orientato alla conoscenza dei principali stili di vita a rischio della popolazione. Nel 2016 è stata ripetuta l'indagine sui dimessi dei due Ospedali, che ha confermato il buon grado di soddisfazione dei pazienti su tutti gli aspetti indagati, come già evidenziato nelle precedenti analoghe indagini.E' proseguita anche nel 2016 l'attività di supporto e collaborazione per il continuo aggiornamento del sistema ACG.
Lo **SPISAL** (Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro), ha proseguito nelle attività di monitoraggio dei cantieri edili e delle aziende per la verifica del rispetto della normativa sulla salute e sulla sicurezza sul lavoro, raggiungendo gli obiettivi quantitativi fissati al riguardo dalla Regione per l'anno 2016.
Una particolare attenzione è stata dedicata alla vigilanza sul rischio cancerogeno da polveri di legno duro nelle falegnamerie, sul rischio infortunistico e allergologico da polveri di farina nei panifici, sul rischio infortunistico e cancerogeno da saldatura su acciai inox nelle aziende metalmeccaniche. Parte dell'attività del Servizio è stata orientata allo sviluppo degli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018, e in particolare del Piano regionale Edilizia, del progetto

dedicato allo sviluppo della figura del RLS e del progetto sulle buone pratiche messe in atto dalle Aziende nel campo della responsabilità sociale di impresa, piani o progetti di cui lo SPISAL risulta capofila.

Relativamente agli ambiti di competenza del **Servizio Igiene e Sanità Pubblica** è stata regolarmente effettuata l'attività vaccinale secondo il calendario regionale per l'infanzia e per gli adulti. Nei nuovi nati va segnalato il mantenimento della coperture vaccinali a 24 mesi, peraltro inferiori agli standard fissati dalla Regione pari al 95%, registrando valori per la vaccinazione anti Difto-tetano, anti-epatite B e anti-polio pari al 91%. Il fenomeno è preoccupante, ma in linea con quanto sta avvenendo a livello dell'intera regione e conseguenza dei movimenti anti-vaccinazione che si vanno sempre più affermando anche nel nostro territorio.

L'organizzazione della campagna vaccinale antiinfluenzale, svolta in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, ha dato risultati molto buoni di copertura vaccinale delle persone ultra 65enni, raggiungendo il valore del 60%, comunque inferiore allo standard fissato del 65%.

Per quanto riguarda la **promozione di stili di vita sani**, si è mantenuta l'attività di attuazione dei programmi regionali "Guadagnare salute", "Muoversi", "Genitori Più", "Prevenzione degli incidenti domestici" e "Prevenzione degli incidenti stradali".

In merito alle attività di screening, sono a regime tutti e tre **gli screening oncologici**, per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, per le donne residenti di età 50-69 anni, del tumore della cervice uterina, per le donne residenti di età compresa tra 25 e 64 anni e dei tumori del colon retto, destinato a tutta la popolazione in età 50-69 anni. Tutti e tre gli screening hanno raggiunto tassi di copertura e di adesione molto vicini a quelli fissati dalla Regione, con un notevole sforzo organizzativo.

Nel Servizio di Medicina Legale sono stati garantiti i tempi di risposta fissati per la conclusione dell'iter per **l'accertamento dell'invalidità civile, handicap e disabilità** e sono state visitate complessivamente circa 3.424 persone. Sono stati espletati inoltre 35 collegi medici, 3.950 visite per rilascio certificati medico legali di 1° livello e 799 visite necroscopiche a domicilio.

Il **Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e i Servizi Veterinari** si occupano della prevenzione delle malattie causate da scorretta alimentazione, della salute degli animali e del controllo sulle filiere di produzione degli alimenti di origine animale, al fine di **garantire la sicurezza alimentare**. Le attività si concretizzano principalmente nella sorveglianza epidemiologica e profilassi sanitaria rivolta agli animali, in ispezioni e audit agli stabilimenti di macellazione e di lavorazione delle carni, nel controllo sugli allevamenti, anche sotto il profilo dell'igiene, della corretta alimentazione e del benessere degli animali stessi.

2.2.4 I servizi tecnico-amministrativi

L'apparato tecnico-amministrativo è stato, nel corso dell'anno, il più interessato dalle variazioni organizzative descritte in premessa e riguardanti il nuovo assetto del sistema sanitario veneto. Sono state sviluppate molte iniziative volte alla conoscenza reciproca ed alla sinergia operativa tra le tre Ulss, in modo da favorire un processo orizzontale di integrazione e di trasversalità.

In tal senso sono stati attivati dei tavoli di lavoro provinciali, ciascuno sotto la guida di un coordinatore, che in ambito tecnico-amministrativo hanno riguardato gli uffici:

- Risorse Umane
- Economico-finanziario
- Provveditorato ed economato
- Tecnico
- Controllo di gestione
- Servizio Informatico

Nei tavoli si è puntato al coinvolgimento dei dirigenti e allo sviluppo di un approccio bottom-up, analizzando la situazione esistente nelle tre diverse realtà, evidenziando i punti comuni e le differenze emerse, rilevando le criticità esistenti e fornendo proposte organizzative che costituiranno un'utile base di partenza per la riorganizzazione degli uffici su base provinciale.

In alcuni ambiti in cui l'organico era carente, alcuni dirigenti sono stati parzialmente distaccati in comando presso unità operative delle altre Ulss.

3) I RISULTATI RAGGIUNTI E GLI SCOSTAMENTI

3.1 Gli obiettivi strategici aziendali

Gli obiettivi aziendali da conseguire nel 2016 sono stati assegnati dalla Regione con DGR n. 2072/15. Il processo di valutazione dei risultati raggiunti è attualmente in corso da parte regionale, motivo per cui il dettaglio sul grado di raggiungimento, contenuto nell'allegato n. 4, deve considerarsi provvisorio.

Il grado di conseguimento degli obiettivi aziendali è complessivamente positivo, anche se permangono alcune criticità che riguardano in particolare:

- la copertura vaccinale, che sta gradualmente diminuendo nella popolazione sia locale che regionale;

- l'adesione agli screening, pur attestandosi su valori molto vicini agli standard fissati dalla Regione, ha evidenziato un leggero peggioramento, soprattutto per quanto riguarda lo screening del colon-retto;
- la durata degli accessi al Pronto Soccorso, che supera il valore massimo delle 4 ore in una percentuale più elevata rispetto a quella prevista dagli obiettivi regionali;
- il rispetto di alcuni dei tetti economici imposti dalla regione, in particolare quelli relativi alla farmaceutica territoriale ed ospedaliera e all'assistenza integrativa, pur in presenza di un risultato economico decisamente positivo;
- l'informatizzazione, con la creazione del fascicolo sanitario elettronico e la de-materializzazione delle ricette, che evidenzia ancora alcune carenze, anche a causa di procedure software superate e ormai obsolete, che dovranno essere prontamente sostituite una volta avviata la fusione delle Aziende.

La Conferenza dei Sindaci, nella seduta del 20 aprile scorso, si è comunque espressa, come previsto dalla DGR 693/13, sulla "qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende Ulss", attribuendo all'Azienda il massimo del punteggio previsto (20 punti).

Pur mancando a tutt'oggi la valutazione definitiva sul raggiungimento degli obiettivi da parte della Regione e la valutazione della competente Commissione del Consiglio regionale sul rispetto della programmazione regionale, **la somma provvisoria e prudenziale dei punteggi ottenuti risulta già pari al 71%,** superiore al livello minimo di 70% previsto dalla DGR 2072/15, dimostrando da un lato la capacità dell'azienda di raggiungere i risultati che le sono stati affidati e dall'altro il positivo coinvolgimento delle istituzioni locali nella programmazione dei servizi socio-sanitari.

3.2 Gli obiettivi di Unità Operativa

Attraverso il processo di budget gli obiettivi aziendali sono stati attribuiti alle Unità Operative attraverso un sistema di contrattazione che ha visto coinvolte tutte le strutture Operative aziendali e che in sintesi ha prodotto per ciascuna di esse la definizione di un accordo, riassunto in specifiche schede, in cui sono riportati gli obiettivi da raggiungere con i relativi indicatori, le risorse assegnate, in termini di personale e di potenziamento tecnologico e le eventuali prestazioni aggiuntive da acquisire.

La fase di assegnazione degli obiettivi organizzativi ha richiesto una serie di riunioni alla presenza del Direttore dell'Area di competenza (Sanitario, Amministrativo o dei Servizi Sociali), del Responsabile di Unità Operativa, del Capo-sala/Capo-servizio, del Responsabile del Servizio Infermieristico e di un rappresentante della Struttura permanente di supporto.

Va precisato che gli obiettivi affidati a ciascuna Unità Operativa Ospedaliera sono distinti per il personale dirigente e per il personale del comparto e questo fatto ha garantito una maggior partecipazione del personale del comparto alla fase programmatoria aziendale.

E' stato inoltre garantito il raccordo tra gli obiettivi di sistema, individuati dalla Regione, e quelli delle diverse strutture operative, in modo da creare la giusta sinergia che ha consentito all'azienda di raggiungere in larga misura i risultati aziendali richiesti.

La valutazione della performance organizzativa viene effettuata dal Controllo di gestione, sulla base dei dati aziendali disponibili, e completata dai Direttori di Struttura (Ospedale, Distretto, Dipartimento di prevenzione)

I risultati della valutazione della performance organizzativa delle singole Unità operative, riassunti nell'allegato n. 5, indicano che tutte le Unità Operative aziendali sono state sottoposte a valutazione ed hanno raggiunto la quota minima del 90% (media del 97% per gli obiettivi della dirigenza e del 99% per quelli del personale del comparto) richiesta dalla contrattazione integrativa aziendale vigente per considerare il pieno raggiungimento degli obiettivi e il relativo accesso alla retribuzione accessoria.

3.3 Gli obiettivi individuali

E' necessario distinguere la valutazione della performance individuale a seconda dell'area contrattuale di provenienza e in particolare tra dirigenti e personale del comparto. Va precisato che le metodologie di seguito descritte derivano dai contratti integrativi sottoscritti localmente.

Area della dirigenza

Per ogni dirigente viene predisposta una scheda individuale di verifica annuale dei risultati e delle attività: il grado di partecipazione del singolo dirigente al raggiungimento degli obiettivi di budget è espresso dal peso assegnato ad alcuni parametri, concordati con le Organizzazioni Sindacali e differenziati per tipologia d'incarico (di struttura o professionale), sui quali il responsabile esprimerà la sua valutazione. La quota annua della retribuzione di risultato, come previsto dal Contratto Collettivo Nazionale viene liquidata in acconti mensili pari al 50% della quota. Il rimanente 50% viene liquidato l'anno successivo previa verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'équipe e in base alla valutazione individuale del dirigente.

Le schede di valutazione individuali, compilate e sottoscritte dal dirigente responsabile e firmate per presa visione dal dirigente valutato vengono restituite all'UOC Risorse Umane che procede al saldo di quanto spettante in base all'esito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e della valutazione individuale.

Area del Comparto

Le quote di incentivazione sono definite in sede di contrattazione collettiva integrativa in base alla categoria/livello economico di appartenenza (cat. D super, cat. D, cat. C, cat. B super, cat. B, cat. A) e la quota per ogni singolo dipendente viene attribuita per il 70% con la liquidazione mensile.
Il rimanente 30% viene liquidato, in base alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di budget e sulla base della valutazione individuale, effettuata da parte del dirigente responsabile, in un'unica soluzione entro l'anno successivo. Il fondo del 30% di tutta l'équipe viene ripartito tra i componenti sulla base del punteggio di valutazione ottenuto, che varia su una scala che va da 0 a 15 sulla base dei seguenti parametri:

- collocazione organizzativa e professionale del dipendente (carico di lavoro più o meno importante o maggiore/minore bagaglio professionale richiesto): da 0 a 2 punti
- funzionalità della partecipazione ai singoli progetti: da 0 a 4 punti
- grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi, dell'impegno e della qualità della prestazione individuale da 0 a 9 punti.

Nella scheda di valutazione individuale il dipendente firma per presa visione il punteggio attribuito dal Responsabile. Le schede di valutazione individuali, vengono restituite all'UOC Risorse Umane che procede al saldo di quanto spettante in base all'esito della valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget e della valutazione individuale.

Per quanto riguarda la valutazione individuale relativa all'anno 2016, i risultati sono sintetizzati nell'allegato 6, e dimostrano come la quasi totalità dei dipendenti siano stati sottoposti a valutazione individuale, mentre per una piccola percentuale del personale del comparto sia ancora in corso la procedura di valutazione.
Nel caso dei dirigenti, 9 di essi non hanno ricevuto alcuna valutazione, a causa di una permanenza in servizio troppo breve. Per gli altri dirigenti valutati, 15 di essi (2,9% del totale) hanno ricevuto una valutazione appena positiva, con valori compresi tra 70 e 100 punti, mentre per i restanti 495 dirigenti (97,1%) la valutazione è risultata compresa tra 100 e 120 punti. Si precisa che il totale dei dirigenti è di 519 unità.

Riguardo al personale del comparto, la cui valutazione varia tra 0 e 15 punti, per 69 di essi le procedure di valutazione sono ancora in corso, mentre 4 dipendenti non hanno ricevuto la valutazione a causa di una permanenza in servizio troppo breve.

Per il restante personale, 3 dipendenti (pari allo 0,1%) hanno ricevuto un punteggio inferiore a 10 punti, 14 dipendenti (lo 0,6%) hanno conseguito un punteggio inferiore a 14, mentre gli altri 2.418 (99,3%) hanno ricevuto una valutazione completamente positiva (punteggio 14 o 15) dai Responsabili. Si specifica che il totale del personale del Comparto è pari a 2.508 unità .

I dati sopra descritti evidenziano una situazione perfettamente sovrapponibile a quella registrata nell'anno precedente. Allo stato attuale è pervenuta una sola contestazione da parte di un dipendente del comparto a tutt'oggi in corso di esame.

4) RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITA'

4.1 Le risorse umane

Nella tabella seguente si riporta una sintesi del personale operante in Azienda, alla data del 31/12/2016, sia in termini di numero di persone, che in termine di Unità equivalenti. I dati dimostrano la sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente.

Profilo professionale	Numero teste	Numero Unità equivalenti
Dirigenti Medici e Veterinari	427	426
Altri dirigenti sanitari e dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo	64	62
Personale infermieristico	1.176	1.062
Altro personale sanitario	308	291
Personale tecnico	645	610
Personale amministrativo	271	257
TOTALE	**2.891**	**2.708**

La suddivisione per sesso evidenzia un'Azienda "al femminile" con una percentuale di donne pari al 74,2% delle teste, mentre il rapporto di lavoro è a tempo indeterminato per il 98,1% dei dipendenti.

Il personale si distribuisce tra le varie strutture aziendali nel modo descritto dalla seguente tabella

Struttura	% Numero Unità equivalenti
Ospedali	72%
Distretti	14%
Dipartimento di prevenzione	4%
Servizi generali	10%
TOTALE	**100%**

4.2 Sintesi del bilancio di esercizio 2016 e confronto con i costi del 2015

LA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DELL'AZIENDA

Il Bilancio d'esercizio per la parte sanitaria evidenzia un risultato di esercizio positivo pari a € 543.167,84, proseguendo la serie storica virtuosa iniziata a partire dal 2012.

In tale contesto il Bilancio di esercizio per le attività sociali si conclude in pareggio. Si ricorda che - a partire dal 1998 - tutti i 28 Comuni del territorio hanno conferito la delega delle funzioni socio-assistenziali all'Azienda, con l'impegno di corrispondere una quota associativa annua per abitante. Tale quota, pari a € 26 per abitante non è ancora sufficiente a garantire la completa copertura di tutti i costi delle attività delegate, richiedendo il parziale apporto del bilancio sanitario. Di tale problema è stata investita anche nel corso del 2016 la Conferenza dei Sindaci, già in passato sollecitata su tale argomento, che in una riunione organizzata nel mese di aprile 2016 ha deciso di attivare un tavolo tecnico misto Azienda – Comuni con l'obiettivo di analizzare il bilancio sociale e di proporre un piano di rientro sui costi delle funzioni delegate. Si è in attesa della conclusione dei lavori e delle determinazioni della Comitato dei Sindaci del Distretto n. 4 al fine di garantire la piena copertura dei costi da parte dei Comuni.

Per l'anno 2016 la Regione ha assegnato come bilancio sanitario a questa Azienda un finanziamento pro-capite indistinto leggermente ridotto rispetto al 2015 pari a 1.490 Euro per abitante e un finanziamento destinato agli investimenti di € 1.506.052.

BILANCIO SANITARIO			
Descrizione	Bilancio di esercizio 2014	Bilancio di esercizio 2015	Bilancio di esercizio 2016
Totale valore della produzione (A)	444.244.262	445.658.332	449.347.209
Totale costi della produzione (B)	433.225.851	435.687.819	440.611.072
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-408.345	-241.056	-109.775
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)			
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.009.297	294.820	1.089.024
Risultato prima delle imposte (A – B + C + D + E)	11.619.364	10.024.277	9.715.386
Totale imposte e tasse	9.041.668	9.009.506	9.172.218
RISULTATO DI ESERCIZIO	2.577.695	1.014.771	543.168

Rispetto al 2015, sia il valore della produzione, che i costi di produzione registrano lievi **incrementi dell'ordine rispettivamente dello 0,8% e dell'1,1%.**

Rinviando l'analisi dettagliata dei costi alla documentazione allegata al Bilancio di esercizio 2016, si ritiene peraltro di fornire elementi di spiegazione dei fattori più significativi registrati rispetto al bilancio di esercizio dell'anno precedente.

Le poste passive che hanno avuti gli scostamenti più significativi sono state:

- **Prodotti farmaceutici ed emoderivati:** incremento di € 2.722.000, di cui € 1.850.000 attribuibile ad un unico paziente affetto da malattia rara.
- **Acquisto servizi sanitari per Medicina di base**: incremento di € 1.252.000 per effetto dell'attivazione di n. 5 Medicine di gruppo integrate.
- **Dispositivi diagnostici in vitro**: incremento di € 719.000 per effetto dell'avvio del Centro regionale per l'Immunologia dei trapianti e per effetto dell'allargamento dell'attività del DIMT alla provincia di Rovigo.
- **Altri accantonamenti**: incremento di € 781.000 per effetto dell'accantonamento per rinnovi contrattuali.
- **Ammortamenti**: incremento di € 470.000.

Per quanto riguarda il **tempo di pagamento dei fornitori**, corre l'obbligo di evidenziare che l'indicatore annuo è peggiorato rispetto a quello del 2015, per problemi legati a carenze significative di personale preposto alla liquidazione e al pagamento delle fatture. L'andamento dell'indice, negativo nei primi due trimestri dell'anno è poi migliorato negli ultimi due trimestri, come evidenziato dai dati esposti di seguito:

1° trimestre: 12,5 giorni di ritardo
2° trimestre: 8,9 giorni di ritardo
3° trimestre: 1,8 giorni di ritardo
4° trimestre: 9,7 giorni di anticipo.

.

4.3 I costi per livelli essenziali di assistenza

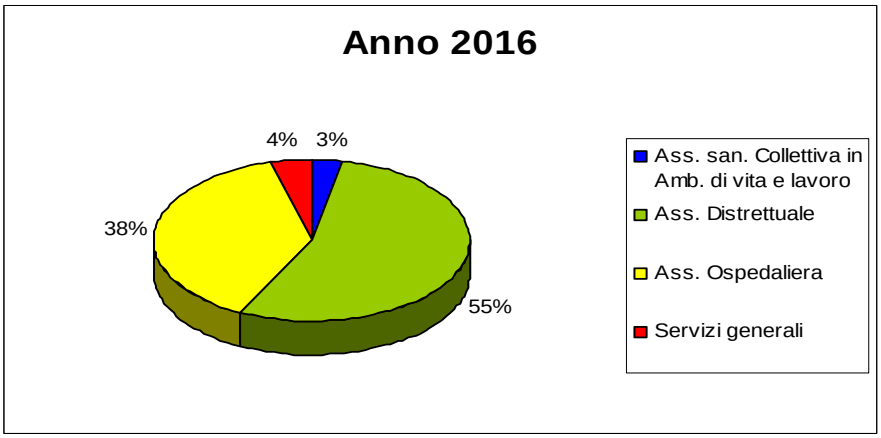
I dati di costo rilevati nel bilancio di esercizio dell'anno 2016, sono stati rielaborati sulla base della destinazione d'uso delle risorse per la redazione del modello ministeriale LA che si articola in tre macro aree di attività, così come previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001. A loro volta, le tre macro aree si articolano in sub livelli.
Le delibere regionali 2269/2016 e 2294/2016 di riparto del fondo hanno assegnato complessivamente alla presente azienda ULSS **€ 390.899.16**7 da destinare ai tre macrolivelli di assistenza: assistenza sanitaria in ambienti di vita e lavoro, assistenza distrettuale (che comprende l'attività ambulatoriale) e assistenza ospedaliera.

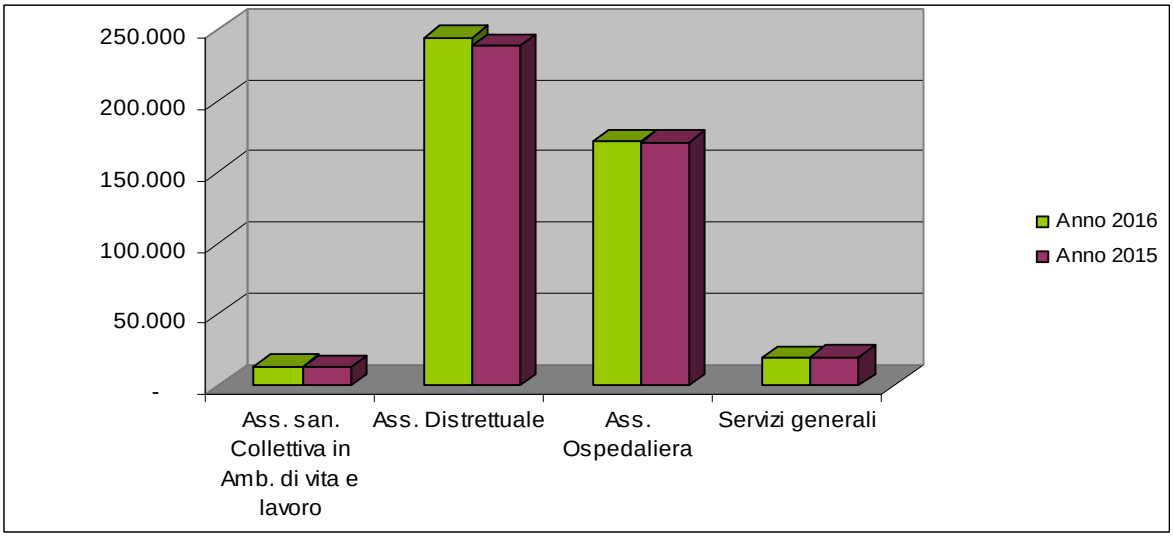
I costi rilevati nel modello in oggetto sono quelli dell'area sanitaria del bilancio di esercizio con l'esclusione di quelli collegati alla compartecipazione al personale per l'attività libero professionale (intramoenia).

Si fa presente, inoltre, che nei singoli livelli di assistenza devono essere compresi sia i costi relativi alla mobilità attiva sia quelli relativi alla mobilità passiva.

La contabilità analitica delle aziende sanitarie, che rappresenta la fonte per la compilazione del modello, definisce il costo pieno dei servizi/reparti finali attribuendo loro i costi diretti ed effettuando una serie di ribaltamenti dei costi dei servizi intermedi e dei servizi generali.

SINTESI DEI COSTI PER LIVELLO ASSISTENZIALE E ANALISI SCOSTAMENTI				
Livello assistenziale	**Anno 2016**	**Anno 2015**	**Scostamento (V.A. e V.%)**	
Ass. san. Collettiva in Amb. di vita e lavoro	13.170	12.908	262	2,0%
Ass. Distrettuale	244.244	238.585	5.659	2,4%
Ass. Ospedaliera	171.283	170.727	557	0,3%
Servizi generali	18.902	19.519	-617	-3,2%
TOTALE	**447.599**	**441.739**	**5.860**	**1,3%**





Si conferma la percentuale di impiego delle risorse registrata negli ultimi anni tra i vari livelli, che vede al 3% la prevenzione, al 55% il livello distrettuale, al 38% il livello ospedaliero e al 4% i servizi generali.

Complessivamente il livello di "**Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro"** ha avuto un incremento del 2% attribuibile sostanzialmente all'"Attività di prevenzione rivolta alle persone" per l'incremento dei vaccini, in particolare antimeningococcico, a seguito dell'applicazione del nuovo calendario vaccinale

Al livello "**Assistenza distrettuale**" vanno attribuiti gli incrementi più significativi registrati tra il 2015 e il 2016. Gli scostamenti più rilevanti sono riscontrabili:

- Nella **medicina generale** che registra un incremento attribuibile all'attivazione avvenuta in corso d'anno di n. 5 Medicine di Gruppo Integrate;
- nell'**assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate**, che registra una riduzione di circa € 850.000 grazie alla stipula del Patto con i Medici di Medicina Generale che aveva come obiettivo la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata;
- nella macrovoce "**Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica**", che registra un incremento molto rilevante, pari a circa € 4.600.000, per effetto della distribuzione diretta dei farmaci (+ € 2.700.000, di cui € 1.850.000 relativi ad un unico paziente emofilico), della mobilità passiva del File F incrementata di circa € 1.000.000 e dei farmaci distribuiti attraverso la "Distribuzione Per Conto" da parte delle farmacie, che ha registrato un incremento di € 300.000;

- nell'**assistenza protesica**, che vede un incremento di circa € 462.000 in larga misura attribuibile agli acquisti di dispositivi presso le sanitarie, registrati negli ultimi mesi dell'anno;

- **nell'assistenza territoriale domiciliare**, si è riscontrata una riduzione di circa € 350.000 attribuibile alla voce "acquisto di prestazioni socio sanitarie";

- nella voce "**Assistenza territoriale residenziale psichiatrica**", in incremento di circa 300.000 euro è dovuta in larga misura all'incremento della mobilità passiva sia intra che extra regionale;

- nella voce "**assistenza ai malati terminali**", che ha fatto registrare un incremento di circa € 200.000, per effetto della piena entrata a regime dell'Unità Operativa Cure Palliative con il completamento della relativa dotazione organica.

Il livello **Assistenza ospedaliera** ha fatto registrare uno scostamento minimo tra i due anni.

Per quanto riguarda invece i **Servizi generali,** la netta riduzione registrata è attribuibile agli altri oneri di gestione ed in particolare ai costi per assicurazione, per accantonamenti, per interessi passivi, e per oneri diversi di gestione.

5) IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE

La presente relazione, approvata con delibera del Direttore Generale, è stata predisposta con il supporto delle UOC Controllo di Gestione e Risorse Umane, alla conclusione della gestione dell'anno 2016 e dopo la chiusura del bilancio di esercizio, in modo da garantire la correttezza dei dati in essa contenuti.

La stessa viene inviata all'Organismo Indipendente di Valutazione che dovrà validarla, come previsto dall'art. 14 c.4 del D.Lgs. n. 150/2009 e dalla delibera CIVIT n. 6/2013. In particolare la validazione dovrà essere fatta in ordine ai seguenti requisiti:

- la **conformità** alle linee-guida contenute nella delibera CIVIT n.5/2012
- l'**attendibilità** dei dati
- la **comprensibilità** della relazione anche per i cittadini e le imprese

Va precisato che, nel corso del corrente anno sono stati adottati anche importanti documenti strettamente correlati con il ciclo di programmazione aziendale, quali il piano triennale delle opere pubbliche 2016 – 2018, adottato con delibera n. 1034 del 22/12/2015, il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 – 2016. Aggiornamento 2016, adottato con delibera

n. 11 del 1/2/2016 e il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione 2016 - 2018, adottato con delibera n. 12 del 1/2/2016.

6) CONCLUSIONI

Il ciclo delle performance è stato realizzato in modo integrato tra i vari soggetti coinvolti e in coerenza con le tempistiche riguardanti la programmazione economico-finanziaria regionale e aziendale.

Pur non risultando ancora completata la fase di verifica degli obiettivi aziendali da parte della Regione, alla luce dei risultati provvisori sopra evidenziati, si può affermare la buona capacità dimostrata dall'Azienda nel perseguire gli obiettivi strategici di sistema.

La criticità più sentita riguarda la corretta copertura dei costi delle funzioni socio-assistenziali, delegate all'Azienda da parte dei Comuni del territorio, cui si è già fatto cenno nella parte precedente della relazione.

Le sfide per il futuro riguardano l'accorpamento delle ex Ulss 15, 16 e 17 in un'unica nuova Azienda, a seguito dell'approvazione della L.R. 19/2016, con tutto il processo di riorganizzazione che ne sta già derivando e che impegnerà la Direzione e tutto il personale aziendale per i prossimi anni.

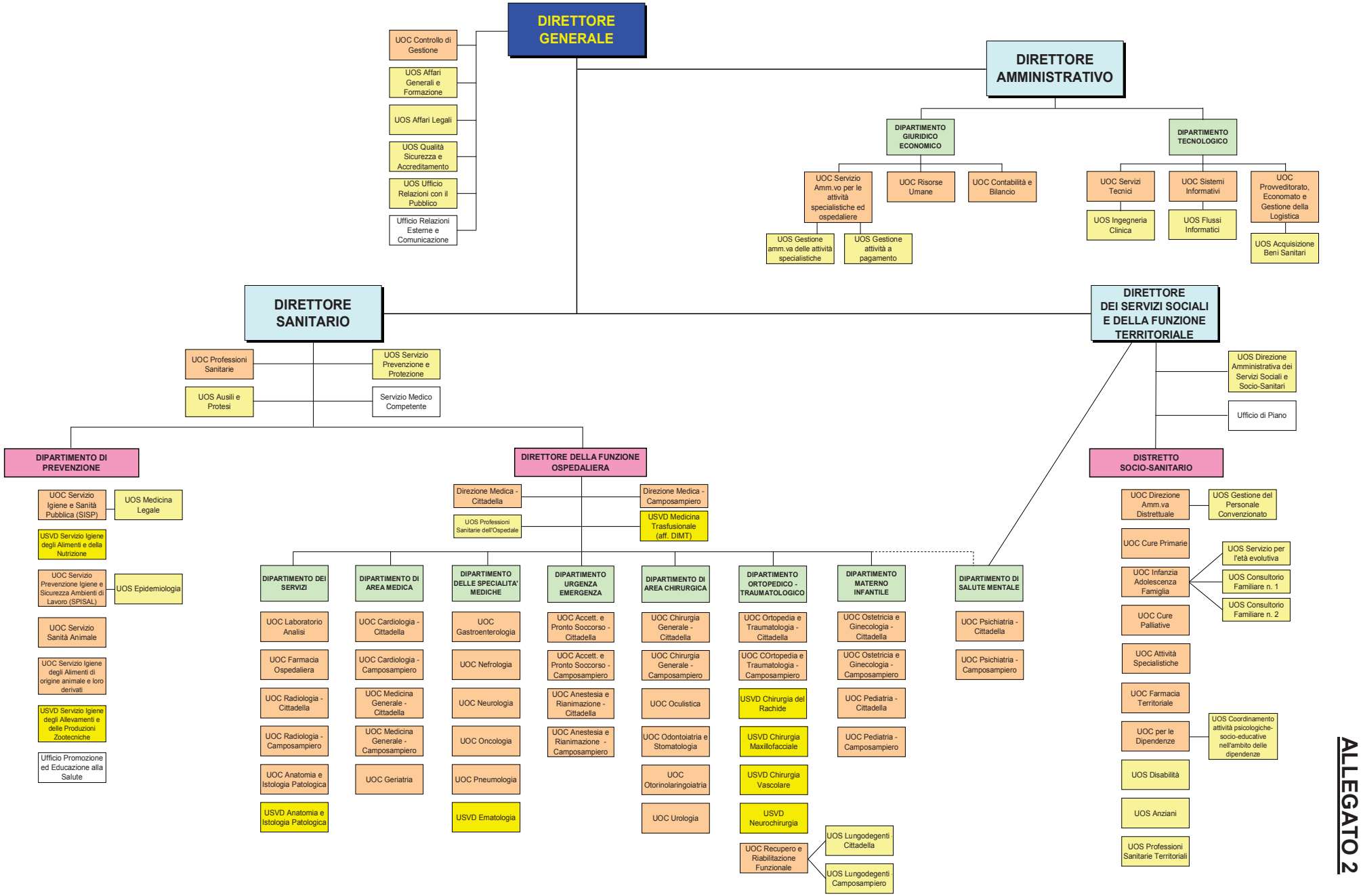
Padova, 26/06/2017

IL DIRETTORE GENERALE

(dott. Domenico Scibetta)

ALLEGATO 1 - POPOLAZIONE RESIDENTE PER COMUNE E CLASSI D'ETA' AL 31/12/2016

FASCIA D'ETA' COMUNE\DISTR.	0	1-5	6-13	14-64	65-74	>=75	TOTALE GENERALE
BORGORICCO	75	428	802	5.965	720	795	**8.785**
CAMPODARSEGO	132	730	1.266	9.762	1.379	1.369	**14.638**
CAMPODORO	15	122	226	1.887	202	217	**2.669**
CAMPOSAMPIERO	118	576	1.018	8.110	1.136	1.098	**12.056**
CAMPO SAN MARTINO	54	247	467	3.782	592	633	**5.775**
CARMIGNANO DI BRENTA	66	348	582	4.901	777	937	**7.611**
CITTADELLA	169	883	1.542	13.210	2.185	2.196	**20.185**
CURTAROLO	63	320	575	4.909	726	709	**7.302**
FONTANIVA	74	384	632	5.263	845	889	**8.087**
GALLIERA VENETA	59	330	517	4.795	705	742	**7.148**
GAZZO	44	226	365	2.957	343	370	**4.305**
GRANTORTO	40	234	407	3.081	443	441	**4.646**
LOREGGIA	94	453	696	5.223	658	464	**7.588**
MASSANZAGO	64	345	600	4.258	450	350	**6.067**
PIAZZOLA SUL BRENTA	84	520	892	7.196	1.241	1.308	**11.241**
PIOMBINO DESE	106	471	781	6.331	939	930	**9.558**
SAN GIORGIO DELLE P.	99	532	908	6.864	886	881	**10.170**
SAN GIORGIO IN BOSCO	57	345	500	4.299	592	541	**6.334**
SAN MARTINO DI LUPARI	136	618	1.149	8.748	1.339	1.174	**13.164**
SAN PIETRO IN GU'	29	189	413	2.952	472	442	**4.497**
SANTA GIUSTINA IN COLLE	51	336	586	4.889	727	623	**7.212**
TOMBOLO	83	399	709	5.540	845	803	**8.379**
TREBASELEGHE	117	629	1.115	8.731	1.207	1.128	**12.927**
VIGODARZERE	92	547	1.043	8.687	1.343	1.346	**13.058**
VIGONZA	191	1.050	1.823	15.272	2.361	2.156	**22.853**
VILLA DEL CONTE	55	267	492	3.671	572	493	**5.550**
VILLAFRANCA	79	512	953	6.917	865	917	**10.243**
VILLANOVA DI C.S.PIERO	52	335	524	4.082	584	547	**6.124**
TOTALE ULSS 15	**2.298**	**12.376**	**21.583**	**172.282**	**25.134**	**24.499**	**258.172**


DIRETTORE GENERALE
UOC Controllo di Gestione
UOS Affari Generali e Formazione
UOS Affari Legali
UOS Qualità Sicurezza e Accreditamento
UOS Ufficio Relazioni con il Pubblico
Ufficio Relazioni Esterne e Comunicazione
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DIPARTIMENTO GIURIDICO ECONOMICO
UOC Servizio Amm.vo per le attività specialistiche ed ospedaliere
UOS Gestione amm.va delle attività specialistiche
UOS Gestione attività a pagamento
UOC Risorse Umane
UOC Contabilità e Bilancio
DIPARTIMENTO TECNOLOGICO
UOC Servizi Tecnici
UOS Ingegneria Clinica
UOC Sistemi Informativi
UOS Flussi Informatici
UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
UOS Acquisizione Beni Sanitari
DIRETTORE SANITARIO
UOC Professioni Sanitarie
UOS Ausili e Protesi
UOS Servizio Prevenzione e Protezione
Servizio Medico Competente
DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI E DELLA FUNZIONE TERRITORIALE
UOS Direzione Amministrativa dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari
Ufficio di Piano
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
UOS Medicina Legale
USVD Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
UOC Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL)
UOS Epidemiologia
UOC Servizio Sanità Animale
UOC Servizio Igiene degli Alimenti di origine animale e loro derivati
USVD Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
Ufficio Promozione ed Educazione alla Salute
DIRETTORE DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA
Direzione Medica - Cittadella
Direzione Medica - Camposampiero
UOS Professioni Sanitarie dell'Ospedale
USVD Medicina Trasfusionale (aff. DIMT)
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
UOC Direzione Amm.va Distrettuale
UOS Gestione del Personale Convenzionato
UOC Cure Primarie
UOC Infanzia Adolescenza Famiglia
UOS Servizio per l'età evolutiva
UOS Consultorio Familiare n. 1
UOS Consultorio Familiare n. 2
UOC Cure Palliative
UOC Attività Specialistiche
UOC Farmacia Territoriale
UOC per le Dipendenze
UOS Coordinamento attività psicologiche-socio-educative nell'ambito delle dipendenze
UOS Disabilità
UOS Anziani
UOS Professioni Sanitarie Territoriali
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
UOC Laboratorio Analisi
UOC Farmacia Ospedaliera
UOC Radiologia - Cittadella
UOC Radiologia - Camposampiero
UOC Anatomia e Istologia Patologica
USVD Anatomia e Istologia Patologica
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA
UOC Cardiologia - Cittadella
UOC Cardiologia - Camposampiero
UOC Medicina Generale - Cittadella
UOC Medicina Generale - Camposampiero
UOC Geriatria
DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE
UOC Gastroenterologia
UOC Nefrologia
UOC Neurologia
UOC Oncologia
UOC Pneumologia
USVD Ematologia
DIPARTIMENTO URGENZA EMERGENZA
UOC Accett. e Pronto Soccorso - Cittadella
UOC Accett. e Pronto Soccorso - Camposampiero
UOC Anestesia e Rianimazione - Cittadella
UOC Anestesia e Rianimazione - Camposampiero
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA
UOC Chirurgia Generale - Cittadella
UOC Chirurgia Generale - Camposampiero
UOC Oculistica
UOC Odontoiatria e Stomatologia
UOC Otorinolaringoiatria
UOC Urologia
DIPARTIMENTO ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGICO
UOC Ortopedia e Traumatologia - Cittadella
UOC COrtopedia e Traumatologia - Camposampiero
USVD Chirurgia del Rachide
USVD Chirurgia Maxillofacciale
USVD Chirurgia Vascolare
USVD Neurochirurgia
UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale
UOS Lungodegenti Cittadella
UOS Lungodegenti Camposampiero
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
UOC Ostetricia e Ginecologia - Cittadella
UOC Ostetricia e Ginecologia - Camposampiero
UOC Pediatria - Cittadella
UOC Pediatria - Camposampiero
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
UOC Psichiatria - Cittadella
UOC Psichiatria - Camposampiero

ALLEGATO 2

Azienda U.L.S.S. 15 "Alta Padovana" Regione del Veneto

ALLEGATO 3 POSTI-LETTO DI DEGENZA ORDINARIA, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY al 31/12/2016

TOTALE OSPEDALE		Situazione al 31/12/2015			Situazione al 31/12/2016			PREVISIONE ATTO AZIENDALE	DIFFERENZA 2016 RISPETTO ATTO AZIENDALE
COD. FUNZ.	FUNZIONE	ORDINARI	DH/DS	TOTALE	ORDINARI	DH/DS	TOTALE		
	STRUTTURE DI RICOVERO								
	AREA MEDICA:								
08	- Cardiologia	35	3	38	35	3	38	36	2
50	- Terapia Intensiva Cardiologica	8	0	8	8	0	8	10	-2
58	- Gastroenterologia	4	0	4	4	0	4	6	-2
21	- Geriatria	50	0	50	50	0	50	41	9
26	- Medicina generale	105	2	107	105	2	107	117	-10
29	- Nefrologia e dialisi	8	0	8	8	0	8	8	0
32	- Neurologia	20	2	22	20	2	22	25	-3
64	- Oncologia	2	0	2	2	0	2	2	0
68	- Pneumologia	17	1	18	17	1	18	15	3
40	- Psichiatria	22	2	24	22	2	24	16	8
	TOTALE AREA MEDICA	271	10	281	271	10	281	276	5
	AREA RIABILITATIVA								
60	- Lungodegenza	61	0	61	61	0	61	32	29
56	- Recupero e riabilitazione funzionale	21	4	25	21	4	25	40	-15
75	- Neuroriabilitazione	5	0	5	5	0	5	5	0
	TOTALE AREA RIABILITATIVA	87	4	91	87	4	91	77	14
	AREA CHIRURGICA								
49	- Anestesia e rianimazione	15	0	15	15	0	15	18	-3
09	- Chirurgia generale	65	3	68	65	3	68	58	10
10	- Chirurgia maxillo-facciale							7	-7
14	- Chirurgia vascolare							5	-5
	- Day surgery multidisciplinare	0	18	18	0	18	18	18	0
30	- Neurochirurgia							8	-8
34	- Oculistica	2	2	4	2	2	4	4	0
35	- Odontoiatria e Stomatologia							4	-4
36	- Ortopedia e traumatologia	75	6	81	75	6	81	75	6
38	- Otorinolaringoiatria	12	0	12	12	0	12	12	0
43	- Urologia	24	2	26	24	2	26	26	0
	TOTALE AREA CHIRURGICA	193	31	224	193	31	224	235	-11
	AREA MATERNO-INFANTILE								
37	- Ostetricia/ginecologia	78	1	79	78	1	79	80	-1
39	- Pediatria	10	2	12	10	2	12	12	0
73	- Terapa intensiva neonatale	11	0	11	11	0	11	10	1
	TOTALE AREA MAT.-INFANTILE	99	3	102	99	3	102	102	0
	TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO	**650**	**48**	**698**	**650**	**48**	**698**	**690**	**8**

ALL. 4. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 - DGR n. 2072/2015

Codice	Descrizione	Indicatore	Valore soglia	PUNTI	Valutazione aziendale
A.1	Adeguamento della organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dal PSSR 2012 2016	A.1.1. Sviluppo del modello di Centrale Operativa	SI	0,50	0,50
		A.1.2. Programmazione dello sviluppo delle medicine di Gruppo Integrate e attivazione delle stesse secondo la DGR n. 751	SI	0,25	0,25
		A.1.3 Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure primarie	SI	0,25	0,25
A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dal PSSR 2012 - 2016	A.2.1 Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta	SI	0,50	0,50
		A.2.2 Contestualizzazione aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla	- Recepimento formale PDTA - calcolo indicatori previsti dalla regione	0,50	0,25
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dal PSSR 2012 - 2016	A.3.1 Mantenimetno o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 per mille	<= 135 per mille	0,50	0,50
		A.3.2 . Attivazione della Rete Oncologica veneta secondo indicazioni DGR 2067/2013	SI	0,50	0,50
		A.3.3 . Attivazione della Breast Unit secondo quanto previsto dalla DGR 1173/2014	Valutazione sull'aderenza al PDTA che sarà rilasciato in corso d'anno	0,00	0
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 nella acquisizione di principi attivi, dispositivi medici e dei servizi di lavanderia, pulizia e ristorazione nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016	SI	1,00	1,00
B.2	Contabilità analitica e modelli LA	B.2.1. verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	SI	1,00	1,00
B.3	Applicare politiche di Autoassicurazione	B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Tempi fissati dalla procedura interna o esterna	0,50	0,50
		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	Almeno 5 verbali + 5 azioni correttive e relative misure di efficacia	0,25	0,25
		B.3.3 Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)	SI	0,25	0,25
C.1	Copertura vaccinazioni già obbligatoriee screening oncologici	C1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi	Polio, Difto-tetano, epatite B, Pertosse, Hib >= 95%	1,00	0,00
		C1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi	Morbillo, parotite, rosolia >= 95%	0,25	0,00
		C1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antiinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	>= 75%	0,25	0,00
		C1.4 - 1.6 Tassi di adesione corretti delle attività di screening	60% citologico; 80% mammografico; 65% colorettale	0,75	0,25
		C1.7 Rispetto della programmazione			

ALL. 4. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 - DGR n. 2072/2015

Codice	Descrizione	Indicatore	Valore soglia	PUNTI	Valutazione aziendale
C.2	Raggiungimento della percentuale del 5% delle Unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL	C.2.1 Unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL	>= 5% (pari a 627 aziende)		
C.3	Implementazione piani sicurezza alimentare	C.3.1 Controlli sanitari svolti negli esercici di commercializzazione e somministrazione di alimenti: percentuali di ispezioni e campionamenti effettuati sul totale dei programmati	>= 160	0,25	0
		C.3.2 Contaminanti negli alimenti di origine vegetale: percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti	>= 90% in tutte le categorie previste	0,25	0,25
		C.3.3 Controlli sull'alimentazione animale: volume di attività minima dei programmi di campionamento previstidal PNAA	>= 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	0,25	0,25
		C.3.4 % di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi	>= 99,8%	0,25	0,25
C.4	Integrazione Ospedale-territorio	C.4.1 % di dimissioni di ultra 75 enni visitati a domicilio - entro 2 gg. dalla dimissione	>=10%	0,25	0,25
		C.4.2 % di dimissioni di ultra 75 con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	>=15%	0,25	0,25
		C.4.3 Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3°- 4° livello	>= 1,46 per mille ab.	0,50	0,50
C.5	Aderenza alle disposizioni operative per l'attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/14)	C.5.1 . % accessi con durata inferiore alle 4 ore	>= 90%	0,50	0,00
		C.5.2 .Intervallo Allarme-target dei mezzi di soccorso (griglia LEA)	<= 18 minuti	0,50	0,50
C.6	Rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti secondo il DM 70/2015	C.6.1. Rispetto degli standard minimi di volume e di estito	SI	1,00	1,00
C.7	Qualità assistenza ospedaliera: Area Chirurgica	C.7.1 Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	>= 1.000	0,50	0,00
		C.7.2 Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	C7.2.1. N.ro dimessi week/dimessi <=5 gg. >= 60% C7.2.2 Ricoveri ripetuti entro 30 gg. su dimessi week<5%	0,50	0,25
		C.7.3 Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedalieri (DGR 4277/2011)	SI	0,50	0,50
		C.7.4. % di DRG medici dimessi da reparti chirugici	<=15%	0,50	0,50
C.8	Qualità assistenza ospedaliera: Area Materno-infantile	C.8.1. Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	SI	1,00	1,00

ALL. 4. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 - DGR n. 2072/2015

Codice	Descrizione	Indicatore	Valore soglia	PUNTI	Valutazione aziendale
C.9	Qualità assistenza ospedaliera: Area Oncologica	C.9.2.Tempi di attesa per il ricovero chemioterapico	<= 11,7	1,00	1,00
		C.9.3.Tempi di attesa per interventi per tumore al polmone	<= 23,1	0,50	0,50
		C.9.3.Tempi di attesa per interventi per tumore al colon-retto	<= 21,5	0,50	0,50
C.10	Qualità assistenza ospedaliera: Area Medica	C.10.1 % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti>= 65 anni (cod. Sant'Anna: C14.4)	<=3%	1,00	0,00
		C.10.2 % Ricoveri in area riabilitativa on degenza superiore alle soglie di riabilitazione	<= 20%	1,00	0,00
		C.10.3 % Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (cod. Sant'Anna C14.2)	<= 15%		
C.11	Conseguimento piena adempienza questionario LEA	C.11.1 Implementazine delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	SI	1,00	1,00
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	3,00	2,00
C.13	Sperimentazioni clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	C.13.1 Tasso di segnalazioni	>= 129 (farmaci+vaccini)	1,00	1,00
D.1.	Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale	D.1.1. Rispetto del tetto di costo: Personale	**TETTO 2016 € 125.478.000**	2,00	2,00
D.2	Equilibrio economico finanziario	D.2.1. Rispetto del risultato economico programmato	SI	5,00	5,00
		D.2.2.Variazione annuale Costo della produzione (+ imposte e tasse)	<= 0	5,00	
		D.2.3. Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	Miglioramento indicatori economico patrimoniali o rispetto tempi di pagamento dei fornitori	2,00	
		D.2.4. Rispetto dei tempi di pagamento programmati	SI	3,00	1,00
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	D.3.1. Rispetto del pro-capite pesato diretta di classe A e H assegnato	Fascia A: € 41 Fascia H: € 33	2,00	1,00
		D.3.2. Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Territoriale	**TETTO 2016 € 26.585.245**	2,00	0,00
		D.3.3. Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica ospedaliera	**TETTO 2016 € 21.790.590**	3,00	0,00
		D.3.4. Rispetto del tetto di costo: DM	**TETTO 2016 € 17.753.931**	2,00	2,00
		D.3.5. Rispetto del tetto di costo: IDV	**TETTO 2016 € 6.822.968**	1,00	1,00
		D.3.6. Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa	**TETTO 2016 € 2.432.036**	1,00	0,00
		D.3.7. Rispetto del tetto di costo: Assistenza protesica	**€ 15 pro-capite**	1,00	1,00

ALL. 4. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 - DGR n. 2072/2015

Codice	Descrizione	Indicatore	Valore soglia	PUNTI	Valutazione aziendale
D.4	**Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privato accreditato**	D.4.1 Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica	**TETTO 2016 € 2.227.300**	1,00	1,00
E.1	**Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/13**	E.1.1 Rispetto dei tempi di attesa classe A	>= 90%;	2,00	2,00
		E.1.2 Rispetto dei tempi di attesa classe B	>= 90%;	2,00	2,00
		E.1.3 Rispetto dei tempi di attesa classe C	100%	1,00	0,50
		E.1.4 Rispetto Piano di riduzione dei tempi di attesa aziendale	SI	5,00	5,00
E.2	**Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante**	E.2.1. Riduzione del tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Riduzione di almeno il 20% in almeno 2 branche critiche 2015	3,00	3,00
E.3	**Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche**	E.3.1. Verifica della presenza del questito diagnostico	>= 90% delle impegnative con questito diagnostico "congruo"	1,00	1,00
		E.3.2.predisposizione di azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso (Decreto Lorenzin)	Effettuazione di almento due azioni con evidenza documentale	1,00	1,00
F.1	**Completezza e tempestività del flusso SDO**	F.1.2 Risoluzione anomalie di registrazione del regime di ricovero	SI	1,00	1,00
F.2	**Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici**	F.2.1. Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	- referti di: anatomia patologica: 98% laboratorio analisi 98% radiologia 98% - verbale di PS 97%; - lettere di dimissione 97% - verbale operatorio 90%	0,50	0,25
		F.2.2. Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica dei risultati	SI	0,25	0,25
		F.2.3. % di indicizzazione del Patient Summary sul totale della popolazione individuata	>= 30%	0,25	0,25
F.3	**Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea**	F.3.1. % ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	>= 90%	0,50	0,50
		F.3.2. % ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	>= 95%	0,50	0,00

ALL. 4. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 - DGR n. 2072/2015

Codice	Descrizione	Indicatore	Valore soglia	PUNTI	Valutazione aziendale
F.4	**Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari**	F.4.1 Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	- F.4.1.a Flusso consumo DM >= 90% - F.4.1.b Flusso consumo IVD: 100% - F.4.1.c Flusso contratti DM >= 50% - F.4.1.d Flusso consumo farmaci >=90% - F.4.1.e Farmaci infusionali ad alto costo: 100% - F.4.1.f Farmaci DDF3: compilazione campo targatura >=70% - F.4.1.g Flusso farmaci e flusso DM: rapporto tra spesa trasmessa entro i limiti e spesa concolidata >= 95% F.4.1.h Flusso farmaci e flusso DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati >= 70% F.4.1.i Flusso Assistenza Protesica: % della spesa inviata nel flusso AP rispetto al cruscotto>= 70%	1,00	0,8
F.5	**Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extra-ospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali**	F.5.1 Rispetto delle scadenze e della qualità dell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extra-ospedaliera	SI	0,20	0,20
		F.5.2. Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità in area disabili (DGR 1059/2012)	SI	0,20	0,20
		F.5.3. Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extra-ospedaliera	SI	0,20	0,20
		F.5.4. Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze	SI	0,20	0,20
		F.5.5. Tempistica di emissione e pagamento dell'impegnativa di cura domiciliare	SI	0,20	0,20
	TOTALE GENERALE		**Totale punti**	**75**	**50,8**
		Obiettivi in corso di valutazione da parte regionale			**7,00**

ALLEGATO 5 - VALUTAZIONE DI UNITA' OPERATIVA - ANNO 2016

	% raggiungimento obiettivi	
	Dirigenti	**Comparto**
Distretto - Direzione	100%	100%
Distretto - Cure primarie	99%	100%
Distretto - Attività specialistiche	99%	99%
Distretti - Adulti/anziani	100%	100%
Distretti - Disabilità Adulti	98%	98%
Distretto - Materno inf.	99%	99%
Direzione amministrativa dei Servizi Sociali	100%	100%
Dipendenze - SERT	98%	98%
Servizio Farmaceutico Territoriale	100%	100%
Totale Distretti	***99%***	***99%***
Dip- Prevenzione: Direzione	96%	96%
Dip- Prevenzione: Sisp	91%	91%
Dip- Prevenzione: Spisal	100%	100%
Dip- Prevenzione: Sian	100%	100%
Dip- Prevenzione: Sanità animale	99%	99%
Dip- Prevenzione: igiene allevamenti	99%	99%
Dip- Prevenzione: igiene alimenti	99%	99%
Totale Dipartimento di prevenzione	***97%***	***97%***
P. O. CAMPOSAMPIERO		
Anatomia e istol.	99%	99%
Anestesia	99%	100%
- Gruppo operatorio		98%
Centro trasf.	100%	100%
Chirurgia gen	93%	97%
Cardiologia	98%	100%
Direzione Medica	99%	99%
- Poliambulatorio		100%
- Sterilizzazione		100%
- Week surgery		100%
- Day service		100%
- Dietiste		100%
- Obitorio		100%
Ematologia	90%	
Gastroenterologia	91%	100%
Geriatria	98%	100%
Medicina	98%	100%
Medicina fisica e riabilitaz	100%	100%
Nefrologia	93%	93%
- Nefro-med		100%
- Dialisi Csp		100%
- Dialisi Cit		100%
Oculistica	98%	91%
Ortopedia	91%	100%
Ostetricia e ginec.	91%	100%
Oncologia	99%	100%
Pronto soccorso	94%	100%
Pediatria	97%	97%
Radiologia	95%	95%
Urologia	95%	100%
Totale P.O. Camposampiero	***96%***	***99%***

ALLEGATO 5 - VALUTAZIONE DI UNITA' OPERATIVA - ANNO 2016

	% raggiungimento obiettivi	
	Dirigenti	Comparto
P.O. CITTADELLA		
Anestesia e Rian.	94%	100%
Cardiologia	99%	99%
Chirurgia	93%	100%
Direzione Medica	99%	99%
- Poliambulatorio		100%
- Gruppo operatorio		100%
- Day surgery		100%
- Dietiste		100%
- Isola ecografica		100%
- Obitorio		100%
Farmacia ospedaliera	93%	93%
Lab. Analisi	99%	99%
Medicina	92%	100%
Neurologia	97%	97%
Odontostomatologia	95%	95%
Ostetricia	93%	100%
O.R.L.	91%	100%
Ortopedia	92%	100%
Pronto soccorso	92%	92%
Pediatria	99%	100%
Pneumologia	95%	97%
Radiologia	95%	95%
Totale P.O. Cittadella	***95%***	***98%***
Psichiatria Cit	98%	100%
Psichiatria Csp	99%	100%
Totale Dipartimento salute mentale	***99%***	***100%***
Bilancio	100%	100%
Controllo di Gestione	100%	100%
CUP	100%	100%
Cure palliative	100%	100%
Dir. Amm. Distretti	100%	100%
Dir. Amm. Presidio	100%	100%
Pers. Convenzionato	100%	100%
Prevenzione Protezione (comprende medico competente)	97%	97%
Qualità	100%	100%
Serv. Inferm.		100%
Sist. Informatico	100%	100%
Flussi informatici	97%	97%
U.O. Risorse umane	100%	100%
U.O. Affari generali	100%	100%
U.O. Approvvigionamenti e logistica	99%	99%
U.O.S Acquisizione beni sanitari	99%	99%
U.O. Ingegneria ospedaliera e clinica	100%	100%
URP	100%	100%
Totale Servizi Amministrativi e di staff	***100%***	***100%***
Totale Azienda	***97%***	***99%***

ALLEGATO 6 VALUTAZIONI INDIVIDUALI ANNO 2016

Personale del comparto

Punteggio	Numero casi	% sul totale
non pervenute (*)	69	2,8%
non valutabile (**)	4	0,2%
<10	3	0,1%
10	3	0,1%
11	0	0,0%
12	2	0,1%
13	9	0,4%
14	20	0,8%
15	2.398	95,6%
Totale	**2.508**	**100%**
Punteggio medio	**14,97**	

(*) si tratta di valutazioni relativamente alle quali è in corso l'acquisizione della sottoscrizione dal parte del personale interessato, che si concluderà al più presto tenuto conto del periodo di ferie estive

(**) Casi con presenze effettive così ridotte da non consentire la valutazione

Personale dirigente

Punteggio	Numero casi	% sul totale
non valutabile (**)	9	1,7%
< 70	0	0,0%
70 - 80	2	0,4%
81 - 90	2	0,4%
91 -100	11	2,1%
101 - 110	154	29,7%
111 - 120	341	65,7%
Totale	**519**	**100%**
Punteggio medio	**113,8**	

(**) Casi con presenze effettive così ridotte da non consentire la valutazione

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

Relazione Performance

AZIENDA ULSS 16 PADOVA
UNITA' LOCALE SOCIO SANITARIA

Azienda ULSS16

Anno 2016

S.C. Controllo di Gestione

Sommario

1. Presentazione della relazione 3

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni 4

2.1 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO 4
2.2 L'AZIENDA IN CIFRE 10
2.3 I RISULTATI RAGGIUNTI, LE CRITICITÀ E LE OPPORTUNITÀ 28

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti 32

3.1 OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI 32
3.2 PERFORMANCE DI STRUTTURA 47
3.3 OBIETTIVI INDIVIDUALI 51

4. Risorse, efficienza ed economicità 54

5. Il processo di redazione della relazione sulle performance 73

6. Conclusioni 76

1. Presentazione della relazione

Il ciclo della Performance per l'anno 2016 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano della Performance nel quale sono state indicate le linee specifiche per l'anno 2016. Il Piano è stato predisposto dalla Direzione Strategica e adottato con delibera n. 185 del 25/02/2016.

Il Piano recepisce gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2016 assegnati dalla Regione Veneto con DGR 2027/2015 alle Aziende ULSS del Veneto, le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e l'IRCSS I.O.V.. Con tale DGR la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie del Veneto un set di obiettivi da raggiungere, specificando gli indicatori e i pesi relativi.

Oltre agli obiettivi regionali, l'Azienda ha individuate nel Piano alcune aree strategiche di intervento che sono state successivamente declinate nelle schede di budget.

La Direzione Aziendale, con il supporto della SC Controllo di Gestione, ha contrattato con tutte le Unità Operative Complesse il budget per l'anno 2016, articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da realizzare e risorse da utilizzare.

Nel corso dell'anno 2016 il controllo di gestione ha monitorato con cadenza trimestrale, l'andamento degli obiettivi assegnati alle strutture di budget. Dal mese di maggio 2017 il Controllo di Gestione ha iniziato la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget per tutte le strutture Aziendali e, parallelamente, sono stati inviati i monitoraggi definitivi con la richiesta ai Direttori di struttura di presentare eventuali osservazioni sugli obiettivi non raggiunti.

Con riferimento al personale dipendente il percorso di valutazione individuale ha seguito i percorsi previsti dai contratti integrativi vigenti per ciascuna area contrattuale.

L'Azienda pertanto, come chiusura del ciclo delle Performance per l'anno 20016, ha elaborato la presente Relazione che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente.

La relazione, predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, e adottata in conformità alla DGRV 140/2016, rappresenta il documento di sintesi che congiunge le analisi valutative sui risultati dell'organizzazione con le analisi valutative relative ai risultati degli apporti individuali.

La Relazione viene sottoposta – per la validazione – all'Organismo Indipendente di Valutazione e conseguentemente invitata alla competente Commissione Consiliare.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

2.1 La normativa di riferimento

Il piano triennale di valutazione degli obiettivi per il triennio 2016-2018 tiene conto di una serie di indicazioni normative a carattere nazionale e regionale.

IL CONTESTO NORMATIVO PER LA PROGRAMMAZIONE

- D.Lgs. n.502 del 30/12/1992 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013;
- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 “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 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517”;
- L.R. 14 settembre 1994, n.56 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517” e dalla L.R. 29/6/12, n.23;
- L.R. n.55 del 15/12/1982 “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”;
- L.R. del 07/08/2009, n.18 Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa -collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n.517;
- Patto per la Salute 2010-2012;
- L.R. 29 giugno 2012, n.23 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”;
- DGRV n.2621 del 18/12/2012 “Legge 7 agosto 2012, n.135.Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n.95,recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. “spending review”): ulteriori determinazioni per l’anno 2012 e seguenti”;
- DGRV n.68 del 18/06/2013 “Adeguamento delle schede di dotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art.9, comma 1, ed art.10, comma 1, L.R. 23/2012;
- DGRV n.122 del 19/11/2013 “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n.68/CR del 18/06/2013”;

- DGRV n.2713 del 29/12/2014 “Sanità. Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 27 novembre 2014 e del 28 novembre 2014. Conferma per l’anno 2015 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l’8.06.2000;
- DL n.78/2015 convertito con legge 6 agosto 2015, n.125;
- DGR n.1169/2015 “DL n.78/2015 convertito con legge 6 agosto 2015, n.125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative;
- DGR n.1905 del 23/12/2015 “Disposizioni per l’anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica”;
- DGR n.1923/2015 “Specialistica ambulatoriale privata accreditata erogata nei confronti dei cittadini residenti nel veneto: quote di budget per il biennio 2016-2017”;
- DGRV n.2072 del 30/12/2015 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l’Azienda Ospedaliera di Padova, l’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l’IRCSS Istituto Oncologico Veneto per l’anno 2016”;
- Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.14/2016 “Programmazione acquisto di nuovi farmaci per Epatite C nel 2016”;
- Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.62/2016 “Programmazione secondo semestre nuovi farmaci epatite C”;
- DGR n.2269/2016 “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’esercizio 2016 – Art. 41, L.R. 5/2001. DGR 22/06/2016 n.51/CR”;
- DGR n.28/2016 “Determinazione dei limiti di costo per l’anno 2016 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l’IRCSS Istituto Oncologico Veneto”;
- DGR n.543/2016 “Obiettivi di salute e di funzionamento assegnati alle Aziende/Istituti del SSR per l’anno 2016 dalla DGR 2072/2015: precisazioni”;
- DGR N.632/2016 “Proroga, per l’anno 2016, dei tetti di spesa 2014-2015 per l’erogazione delle prestazioni termali”;
- DGR n.649/2016 “Assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l’esercizio 2016”;
- DGRV n.1315/2016 “Decreto Legislativo n.118 del 23 giugno 2011, art. 32. Bilanci preventivi economici annuali 2016 redatti dagli enti del SSR. Aggiornamento a seguito di CEPA 2 Trimestre 2016”;
- DGR n.1632/2016 “DGRV 16 agosto 2016, n.1315. Piano di revisione della spesa volto al perseguimento dell’equilibrio economico del SSR per l’esercizio 2016”;
- Decreto della Giunta Regionale del Veneto n. 107 del 18/10/2016 “Disposizioni per l’anno 2016 in materia di personale del SSR – Revisione obiettivi di costo anno 2016”;
- Decreto della Giunta Regionale del Veneto n. 151 del 29/12/2016 “Disposizioni per l’anno 2016 in materia di personale del SSR – Revisione obiettivi di costo anno 2016”;
- DGR n. 2294/2016 “Ulteriore assegnazione finanziaria alle aziende Sanitarie per il perseguimento dell’equilibrio economico del SSSR nell’esercizio 2016”.

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

- L.R. n.22 del 2002 “Autorizzazione ed Accreditamento Strutture Sanitarie” e successive disposizioni;
- DGRV n. 2501 del 6/08/2004 (Allegati con Manuale d'applicazione), attuazione della L.R 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure;
- DGRV n.84 del 16/01/2007 “L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l’accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali”;
- DGRV n.1616 del 17 giugno 2008 (Allegato A della DGR) Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (LR 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali");
- DGRV n.2067 del 3/07/2007 “L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione delle procedure per l’applicazione della DGR n.84 del 16.1.2007”;
- Atti di modifica e integrazione della DGRV n. 84/2007: DGRV n.674 del 17/03/2009; DGRV n.1503 del 20/09/2011; DGRV n.1688 del 18/10/2011; DGRV n.2179 del 13/12/2011; DGRV n.2506 del 29/12/2011; DGRV n. 242 del 22/02/2012;
- DGRV n.1667 del 18/10/2011 “L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali-nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all’esercizio”;
- LEGGE REGIONALE 23 novembre 2012, n. 43 Modifiche all'articolo 8, commi 1 e 1 bis della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e disposizioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria;
- DGRV N. 1131 del 05 luglio 2013 Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 adottata in sede di Conferenza Stato Regioni il 20.12.2012;
- DGRV N. 1145 del 05 luglio 2013 L.R. 23 novembre 2012, n. 43 e L.R. 16 agosto 2002, n. 22. Prime determinazioni organizzative nell'ambito della Segreteria Regionale per la Sanità conseguenti alla soppressione dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS);
- Decreto n.82 del 06 agosto 2013 “L.R.22/02; DGR n. 1145 del 5 luglio 2013: prime disposizioni attuative con riferimento alle strutture di competenza del Servizio accreditamento”;
- Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 Documento recante Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 adottata in sede di Conferenza Stato Regioni il 20.12.2012;
- Intesa Stato Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 Intesa in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie;
- Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015 n.70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera;

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2266 del 30 dicembre 2016 Recepimento e applicazione dell'allegato sub A dell'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002;

CONTROLLI ATTIVITÀ SANITARIA

- DGRV 2609 del 7/07/2007 Modifiche del sistema dei controlli (art. 8 octies D.Lgs. 229/99);
- DGRV n. 2611 del 07/08/2007 Standardizzazione specifiche cliniche;
- DGRV n. 3913 del 4/12/2007; Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di riabilitazione;
- DGRV n. 839 del 8/04/2008 Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di lungodegenza;
- DGRV n.938 del 7/04/2009 Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto;
- DGRV n. 3436 del 30/12/2010 Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- DGRV n. 3444 del 30/12/2010 Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto;
- DGRV n. 2174 del 23/12/2016 Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E TETTI DI SPESA

- DGRV 3535 del 12/11/2004;
- DGRV 2066 del 27/07/2006;
- DGRV 600 del 13/03/2007;
- DGRV 863 del 21/06/2011 Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della L. 23/12/2005 n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGRV 600 del 13/03/2007;
- DGRV n.320 del 12 marzo 2013 “Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto”;
- DGRV n.1765 del 28/08/2012 “Erogatori privati ambulatoriali accreditati nella Regione del Veneto ex L.R. 16 agosto 2002, n.22 ed art.1, comma 796, lettera s) L. 27/12/2006 n.296. Adozione dello schema tipo di accordo contrattuale regolante i rapporti tra i predetti erogatori privati e le Aziende Ulss”;
- DGRV n.441 del 10.4.2013 “Specialistica ambulatoriale privata accreditata: accordo contrattuale 2013-2015;
- DGRV n.2635 del 30.12.2013 “DGRV n.441/2013: erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: approvazione programma di budget 2014 per la singola ULSS per la macro area branche a visita”;
- DGRV n.1983 del 28/10/2014 “Attribuzione alle Aziende ULSS del budget 2015 per la macro area branche a vista, per erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali”;
- DGRV n.2691 del 29/12/2014 “Conferma per l’anno 2015 dell’effettuazione presso le aziende

sanitarie venete di prestazioni radiologiche e ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Approvazione di protocollo di intesa con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria";

- DGRV n.1923 del 23 dicembre 2015: quote di budget per il biennio 2016-2017 per la specialistica ambulatoriale privata accreditata;
- DGRV n.2174 del 23 dicembre 2016 Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvato con L.R 25/10/2016 n.19".

SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI TERRITORIALI

- Legge 8/11/2000 N. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge Regionale 13/4/2001 N. 11 relativa all'attuazione del D.Lgs. del 31/03/1998, n.112 di riforma delle autonomie locali;
- Legge Regionale 29/6/2012 N. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";
- DGRV n.1764/2004 (contenuti e priorità Piano di Zona);
- DGRV n.1560/2006 e DGRV n.3702/2006 (predisposizione, presentazione, valutazione Piano di Zona);
- DGRV n.157 del 26/01/2010 "Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona";
- DGRV n.2082/2010 di approvazione del Documento di Indirizzo Regionale e delle Indicazioni per la stesura del documento Piano di Zona 2011/2015;
- DGRV n. 1841 del 09/12/2015 "Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari 2011/2015: proroga della
  validità al 31 dicembre 2016";
- DGRV n.41/2011 "Attuazione degli AACCNN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi";
- DGRV n.1666/2011 "Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n.41 del 18.1.2011-medicina generale";
- DGRV n.1510/2012 "Medicina Generale. Modalità di attuazione DGR n.1666 del 2011;
- DGRV n. 953/2013 "Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata";
- DGRV n. 751/2015 "Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013".

FORMAZIONE

- D.Lgs n.502 del 30/12/1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n.421 e s.m.i.;
- Circolare n.14 del 24/04/1995 del Ministero della Funzione Pubblica – Direttiva alle Amministrazioni Pubbliche in materia di formazione del personale;

- Direttiva del 13/12/2001 del Dipartimento della Funzione Pubblica – Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni;
- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Socio Sanitario Regionale;
- Accordi Conferenza Stato Regioni in materia di Educazione Continua in Medicina;
- DGRV n.2215/2011 "Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei Provider regionali";
- Contratti Nazionali di categoria;
- Accordi decentrati;
- Determinazioni della Commissione Nazionale ECM.

TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

- D.Lgs. 150/2009 che prevede l'integrazione dei seguenti strumenti per attuare il ciclo della performance: il piano e la relazione sulla performance, il sistema di misurazione e valutazione della performance,
  il programma per la trasparenza e l'integrità e gli standard di qualità dei servizi;
- L. 6 novembre 2012, n.190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- D.Lgs. n.33 del 14/03/2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Adozione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) 2016-2018 con deliberazione n. 88 del 01/02/2016;
- DPR n.105 del 09/05/2016 "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- D. Lgs 97 del 25 maggio 2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Delibera n.1310 del 28/12/2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
- Delibera n. 236/2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/03/2017 e attività di vigilanza dell'Autorità".

2.2 L'azienda in cifre

TERRITORIO E POPOLAZIONE

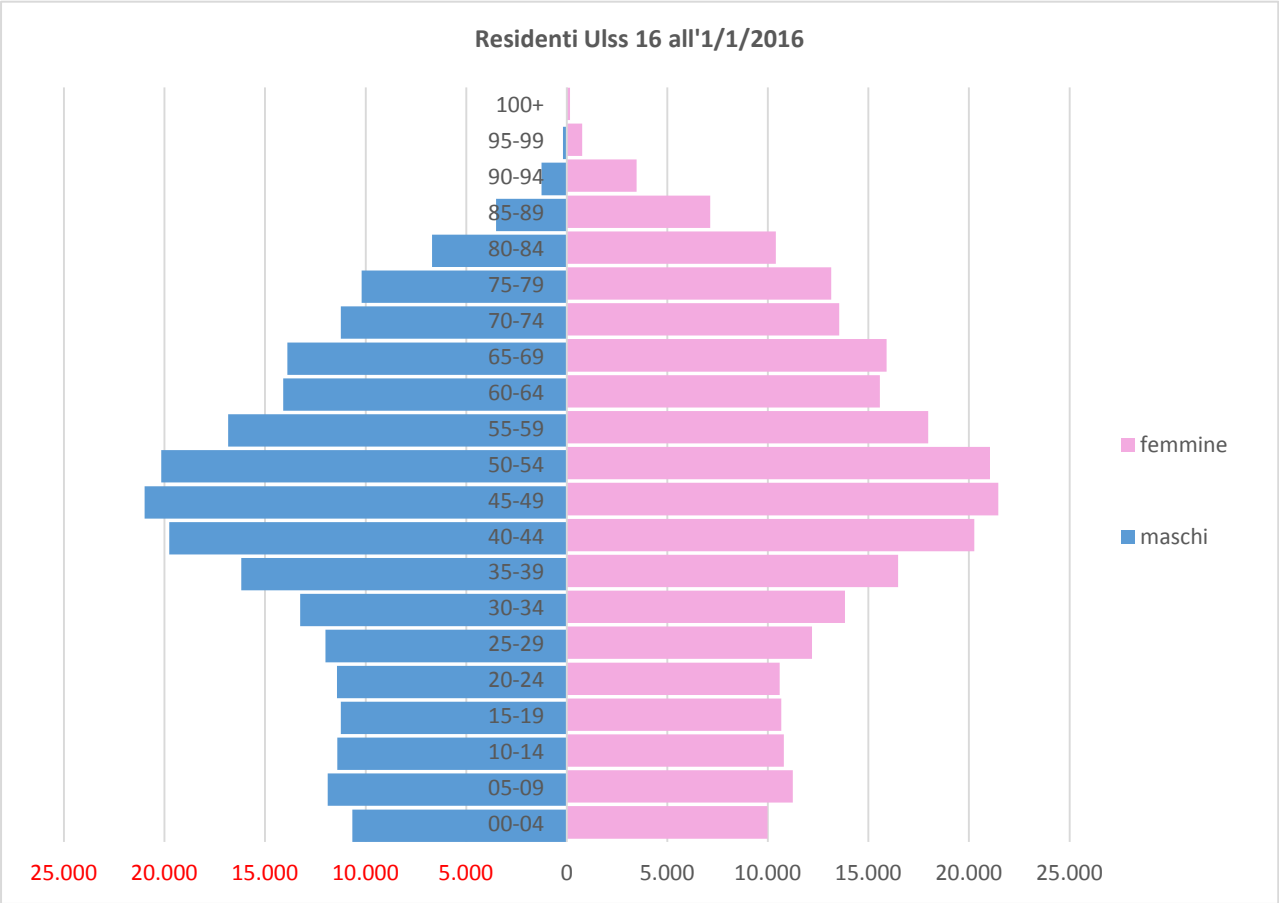
L'Azienda ULSS 16 di Padova è costituita da 29 Comuni con una superficie totale di 655 kmq. La popolazione complessiva al 1/1/2016 risulta essere di 493.509 residenti, dato ottenuto dalle anagrafi comunali, e coincidente con il dato di popolazione residente valido ai fini del riparto del Fondo Sanitario.

Popolazione residente al 1/1/2016 nei Comuni dell'ULSS 16 e classi d'età

COMUNE	0-17		18-64		65-74		75+		TOTALE
	n. residenti	% su tot	n. resident	% su tot	n. residenti	% su tot	n. residenti	% su tot	
ABANO TERME	2.930	15%	12.050	60%	2.547	13%	2.428	12%	19.955
ALBIGNASEGO	4.534	18%	16.275	63%	2.604	10%	2.233	9%	25.646
ARZERGRANDE	780	16%	3.074	65%	476	10%	434	9%	4.764
BRUGINE	1.259	18%	4.622	66%	633	9%	535	8%	7.049
CADONEGHE	2.699	17%	9.929	61%	1.871	12%	1.707	11%	16.206
CASALSERUGO	804	15%	3.419	64%	568	11%	557	10%	5.348
CERVARESE SANTA CROCE	1.044	18%	3.663	64%	574	10%	467	8%	5.748
CODEVIGO	1.073	17%	4.161	65%	604	9%	602	9%	6.440
CORREZZOLA	789	15%	3.337	63%	578	11%	593	11%	5.297
LEGNARO	1.622	18%	5.529	63%	930	11%	711	8%	8.792
LIMENA	1.415	18%	5.004	63%	767	10%	766	10%	7.952
MASERA' DI PADOVA	1.641	18%	5.842	64%	802	9%	795	9%	9.080
MESTRINO	2.293	20%	7.302	64%	1.009	9%	824	7%	11.428
MONTEGROTTO TERME	1.673	15%	6.998	62%	1.356	12%	1.314	12%	11.341
NOVENTA PADOVANA	2.004	18%	7.132	63%	1.086	10%	1.043	9%	11.265
PADOVA	31.074	15%	125.614	60%	24.347	12%	29.366	14%	210.401
PIOVE DI SACCO	3.230	16%	12.212	62%	2.168	11%	2.110	11%	19.720
POLVERARA	603	18%	2.117	65%	292	9%	263	8%	3.275
PONTELONGO	593	15%	2.363	62%	364	9%	519	14%	3.839
PONTE SAN NICOLO'	2.227	16%	8.450	62%	1.547	11%	1.305	10%	13.529
ROVOLON	939	19%	3.180	64%	467	9%	387	8%	4.973
RUBANO	2.715	17%	10.111	63%	1.820	11%	1.522	9%	16.168
SACCOLONGO	863	17%	2.997	61%	592	12%	488	10%	4.940
SANT'ANGELO DI PIOVE DI SACCO	1.295	18%	4.522	62%	777	11%	660	9%	7.254
SAONARA	1.927	19%	6.550	64%	962	9%	874	8%	10.313
SELVAZZANO DENTRO	3.828	17%	13.744	60%	2.761	12%	2.553	11%	22.886
TEOLO	1.445	16%	5.613	62%	1.042	11%	963	11%	9.063
TORREGLIA	941	15%	3.859	63%	724	12%	637	10%	6.161
VEGGIANO	1.061	23%	3.031	65%	314	7%	270	6%	4.676
TOTALE	79.301	16%	302.700	61%	54.582	11%	56.926	12%	493.509
di cui maschi	40.793	17%	149.120	63%	25.135	11%	21.857	9%	236.905
di cui femmini	38.508	15%	153.580	60%	29.447	11%	35.069	14%	256.604

Fonte dei dati: Settore Progr. e Controllo / Ufficio Statistica del Comune di Padova - (aggiorn. difebbraio 2016), Anagrafi comunali

Distribuzione per età e sesso della popolazione residente nei 29 Comuni alla data del 1/1/2016



Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio al 1 Gennaio 2016 – Regione Veneto

Distribuzione per età e sesso della popolazione residente nell'ULSS 16 al 1/1/2016

Età	RIPARTO			ISTAT			Differenza popol. riparto-istat	
	Maschi	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Assoluto**	**Relativo**
0	1.913	1.828	3.741	1.947	1.847	3.794	-53	-1,42%
01-04	8.751	8.160	16.911	8.752	8.147	16.899	12	0,07%
05-14	23.297	22.026	45.323	23.303	22.019	45.322	1	0,00%
15-44	83.856	84.021	167.877	83.836	84.015	167.851	26	0,02%
45-64	72.096	76.053	148.149	72.035	76.056	148.091	58	0,04%
65-74	25.135	29.447	54.582	25.133	29.430	54.563	19	0,03%
75+	21.857	35.069	56.926	21.856	35.047	56.903	23	0,04%
TOTALE ULSS 16	**236.905**	**256.604**	**493.509**	**236.862**	**256.561**	**493.423**	**86**	**0,02%**

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio al 1 Gennaio 2016 – Regione Veneto; Popolazione anagrafica ISTAT

L'assetto organizzativo dell'ULSS 16 prevede l'articolazione del territorio in tre Distretti Socio-Sanitari. L'incidenza maggiore della popolazione risulta essere nel Distretto 1. Afferiscono infatti a questo Distretto la città di Padova con esclusione del solo quartiere sud-est, e quattro Comuni limitrofi (Saonara, Noventa Padovana, Cadoneghe, Limena) con la maggiore densità di popolazione: 1.689 ab/kmq.

Distribuzione per età della popolazione residente nei tre Distretti Socio Sanitari al 1/1/2016

DISTRETTI	CLASSI DI ETA'								POPOLAZIONE	
	0 - 17		18 - 64		65 -74		75 e +		TOTALE	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%		%
DISTRETTO n° 1	32.321	15,5	126.070	60,3	23.548	11,3	27.195	13,0	209.134	42,4
DISTRETTO n° 2	19.732	16,8	72.548	61,8	13.206	11,3	11.853	10,1	117.339	23,8
DISTRETTO n° 3	27.239	16,3	104.098	62,3	17.824	10,7	17.875	10,7	167.036	33,8
AZIENDA ULSS n° 16	**79.292**	16,1%	**302.716**	61,3%	**54.578**	11,1%	**56.923**	11,5%	**493.509**	100,0

Fonte: Popolazione Riparto di Bilancio al 1 Gennaio 2015 – Regione Veneto

La popolazione assistita, costituita dai residenti che hanno effettuato la scelta del MMG o PLS, e riportata con riferimento all'1/1 di ogni anno nel modello ministeriale FLS11, quadro G, differisce dalla popolazione residente sopraesposta e dalla popolazione ISTAT (-2,2%).

Popolazione residente assistita (con effettuazione della scelta del medico) vs Popolazione residente al 1/1/2016.

CLASSE DI ETÀ	Popolazione assistita con scelta del medico			Popolazione residente			Quota di popolazione che ha effettuato la scelta del medico
	Maschi	**Femmine**	**TOTALE**	**Maschi**	**Femmine**	**TOTALE**	
0 -13 anni	31.104	29.156	60.260	31.779	29.808	61.587	97,8%
14 -64 anni	152.545	158.291	310.836	158.134	162.280	320.414	97,0%
65 - 74 anni	25.131	29.292	54.423	25.135	29.447	54.582	99,7%
75 anni ed oltre	22.059	35.073	57.132	21.857	35.069	56.926	100,4%
TOTALE	**230.839**	**251.812**	**482.651**	**236.905**	**256.604**	**493.509**	**97,8%**

Fonte: Popolazione Assistita: FLS11/2016; Popolazione Residente: Riparto di Bilancio al 1 Gennaio 2016 – Regione Veneto

La quota di assistiti iscritti all'Anagrafe ULSS, che ha quindi effettuato la scelta del medico è infatti di circa il 98%.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda ULSS 16 di Padova viene garantita da:

- Ospedale S. Antonio di Padova
- Ospedale Immacolata Concezione di Piove di Sacco.

L'Azienda ULSS 16 opera, oltre che a gestione diretta, attraverso quattro Case di Cura Convenzionate: C.C. Abano Terme Polispecialistica Termale, C.C. Parco dei Tigli, C.C. Trieste Centro Medico di Foniatria, C.C. Villa Maria.
I posti letto autorizzati dalla Regione, con DGRV n.2122 del 17 novembre 2013, sono pari a 511 - di cui 322 a Padova e 189 a Piove di Sacco - a cui vanno aggiunti 40 posti letto di codice 56 Recupero e Riabilitazione Funzionale da assegnare a cura del Direttore Generale.

I posti letto assegnati alle Strutture Private Accreditate sono complessivamente pari a 462, con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale. Sia le strutture pubbliche che quelle private danno attuazione alle schede regionali di dotazione ospedaliera.

Nelle due tabelle seguenti sono riportati i posti letto effettivi per ciascuna funzione ospedaliera, come da modelli HSP12 e HSP13 dell'anno 2016.

Posti letto effettivi a gestione diretta - anno 2016

Descrizione Disciplina	Osp. S. Antonio			Osp. I. Concezione			TOTALE		
	PL Ord.	PL Diurni	TOTALE PL	PL Ord.	PL Diurni	TOTALE PL	PL Ord.	PL Diurni	TOTALE PL
08. CARDIOLOGIA	4		4	6	4	10	10	4	14
58. GASTROENTEROLOGIA	5		5				5		5
09. CHIRURGIA GENERALE	29	7	36	10	3	13	39	10	49
21. GERIATRIA	31		31	32		32	63		63
26. MEDICINA GENERALE	30	1	31	37	1	38	67	2	69
26. MEDICINA D'URGENZA	20		20				20		20
32. NEUROLOGIA	15		15	14	1	15	29	1	30
40. PSICHIATRIA	30	2	32				30	2	32
AFO MEDICA Totale	164	10	174	99	9	108	263	19	282
34. OCULISTICA		6	6					6	6
36. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	38	2	40	10	5	15	48	7	55
38. OTORINOLARINGOIATRIA				3	1	4	3	1	4
43. UROLOGIA	21	3	24	5	1	6	26	4	30
AFO CHIRURGICA Totale	59	11	70	18	7	25	77	18	95
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA				14	6	20	14	6	20
AFO MATERNO-INFANTILE Totale				14	6	20	14	6	20
49. TERAPIA INTENSIVA	15	1	16	6		6	21	1	22
50. UNITA' CORONARICA				2		2	2		2
AFO CURE INTENSIVE Totale	15	1	16	8		8	23	1	24
56. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZ.	10		10	18		18	28		28
60. LUNGODEGENTI	52		52	10		10	62		62
AFO RIABILITATIVA E LUNGODEG Totale	62		62	28		28	90		90
Totale	300	22	322	167	22	189	467	44	511

Fonte dati: HSP12 – anno 2016

Posti letto delle Strutture convenzionate - anno 2016

Descrizione Disicplina	050123. C.C. ABANO TERME			050121. C.C. VILLA MARIA			050122. C.C. TRIESTE			050124. C.C. PARCO DEI TIGLI			totale STRUTTURE CONVENZIONATE		
	PL Ord.	PL Diurni	TOT. PL	PL Ord.	PL Diurni	TOT. PL	PL Ord.	PL Diurni	TOT. PL	PL Ord.	PL Diurni	TOT. PL	PL Ord. totale	PL Diurni	TOT. PL
26. MEDICINA GENERALE	47	2	49	15		15							62	2	64
40. PSICHIATRIA										143		143	143		143
AFO MEDICA Totale	**47**	**2**	**49**	**15**		**15**				**143**		**143**	**205**	**2**	**207**
09. CHIRURGIA GENERALE	25	6	31										25	6	31
36. ORTOPEDIA E TRAUMAT.	35	7	42										35	7	42
38. OTORINOLARINGOIATRIA							9	4	13				9	4	13
AFO CHIRURGICA Totale	**60**	**13**	**73**				**9**	**4**	**13**				**69**	**17**	**86**
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12	1	13										12	1	13
AFO MATERNO-INFANTILE Totale	**12**	**1**	**13**										**12**	**1**	**13**
49. TERAPIA INTENSIVA	8		8										8		8
AFO CURE INTENSIVE Totale	**8**		**8**										**8**		**8**
75. NEURO-RIABILITAZIONE							2	10	12				2	10	12
56. RECUPERO E RIAB. FUNZ.	40	3	43	48		48	18	2	20				106	5	111
60. LUNGODEGENTI				25		25							25		25
AFO RIAB. E LUNGODEG. Totale	**40**	**3**	**43**	**73**		**73**	**20**	**12**	**32**				**133**	**15**	**148**
Totale complessivo	**167**	**19**	**186**	**88**		**88**	**29**	**16**	**45**	**143**		**143**	**427**	**35**	**462**

Fonte dati: HSP13– anno 2016

ASSISTENZA SPECIALISTICA

I quasi 500 mila residenti dell'ULSS 16 di Padova, nell'ultimo anno, hanno fruito nell'ambito della Regione Veneto di circa 7 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, per un corrispondente valore tariffario di oltre 137 milioni di euro.

Volume e importo tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intra regionali, per macrobranca specialistica. Anni 2014-2016

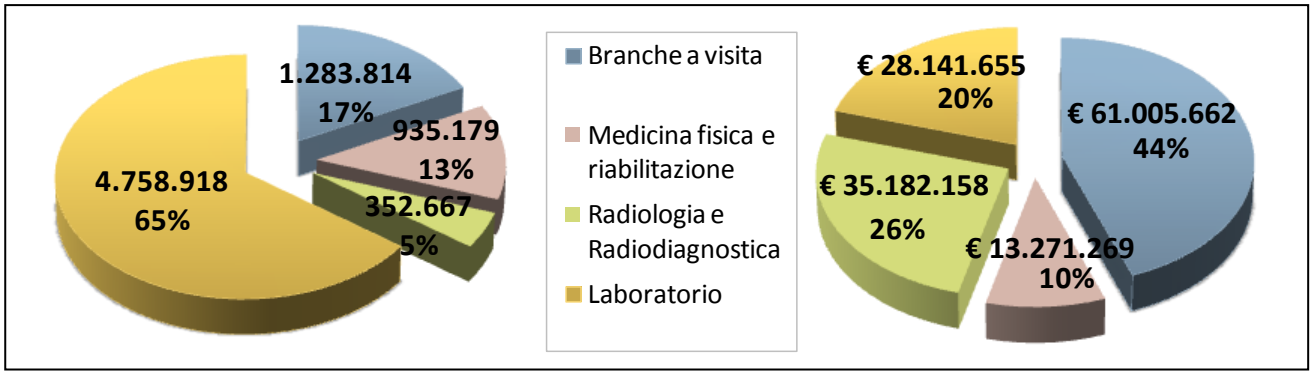
Macrobranca specialistica	Numero prestazioni ambulatoriali			Variazione relativa	Importo tariffario (€)			Variazione relativa
	2014	2015	2016	2015-2016	2014	2015	2016	2015-2016
Branche a visita	1.309.500	1.292.120	1.283.814	-1%	55.658.090	57.909.709	61.005.662	+5%
Medicina fisica e riabilitazione	1.298.828	1.102.237	935.179	-15%	14.694.076	13.800.790	13.271.269	-4%
Radiologia e Radiodiagnost. (*)	395.871	380.235	352.667	-7%	38.300.660	38.135.218	35.182.158	-8%
Laboratorio	5.208.035	5.039.560	4.758.918	-6%	30.436.546	29.283.123	28.141.655	-4%
Totale intraregione	**8.212.234**	**7.814.152**	**7.330.578**	**-6%**	**139.089.372**	**139.128.840**	**137.600.745**	**-1%**

(*) sono comprese le branche 69.Radiologia e 61.Medicina Nucleare

Fonte: datawarehouse regionale

In termini di volumi, il maggior consumo riguarda le prestazioni di laboratorio (quasi 5 milioni tra prelievi e prestazioni diagnostiche effettuati nell'anno 2016) seguite dalle prestazioni delle "branche a visita", in diminuzione nel triennio. In relazione al valore, quasi il 40% è rappresentato dalle prestazioni della macro-branca "visite", seguito dalla radiologia-radiodiagnostica.

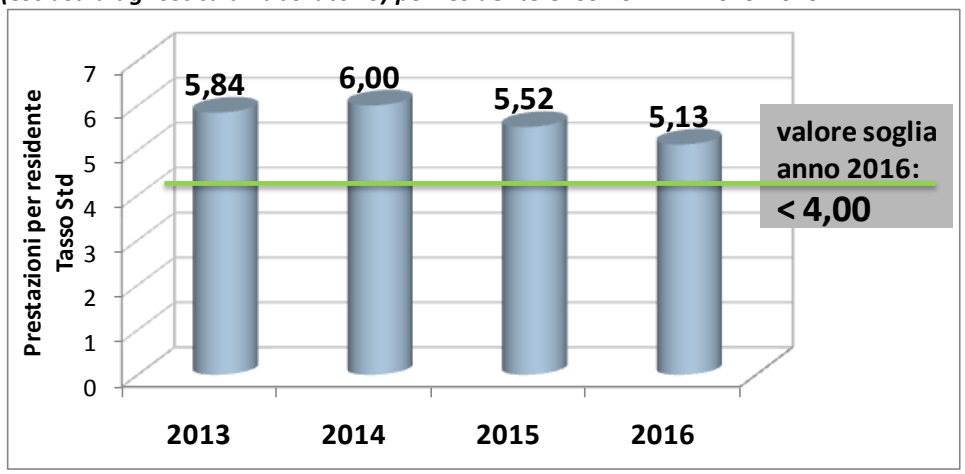
Volume e importo tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intraregionali, per macrobranca specialistica. Anno 2016



Fonte: datawarehouse regionale

Il tasso standardizzato di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, escluse le prestazioni della branca di laboratorio, nel triennio 2014-2016 è in diminuzione, con una riduzione costante negli ultimi due anni di 0,5 prestazioni pro-capite, per un consumo di 5,13 prestazioni pro-capite a fine 2016, comunque al di sopra di quanto previsto per l'anno 2015 dall'obiettivo regionale fissato con DGR 2525/2014, pari a 4 prestazioni per abitante.

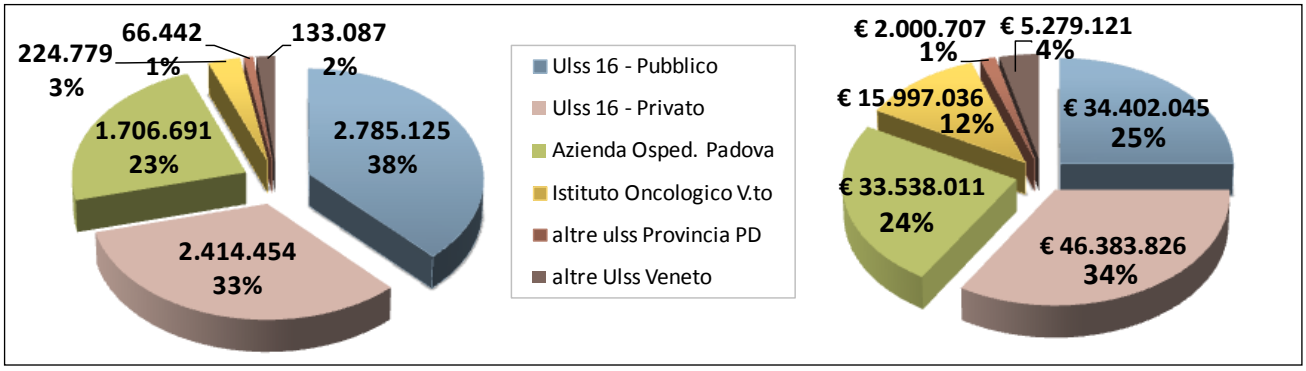
Tasso standardizzato di consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali (esclusa diagnostica di laboratorio) per residente ULSS 16. Anni 2013-2016



Fonte: datawarehouse regionale

I residenti dell'ULSS 16 manifestano il più elevato livello regionale di ricorso all'assistenza specialistica ambulatoriale. Ciò è riconducibile all'importante offerta presente sul territorio, rappresentata sia dall'Azienda Ospedaliera di Padova, che nel 2016 ha soddisfatto il 23% del fabbisogno espresso dai residenti dell'ULSS 16, sia dalla forte presenza di erogatori privati convenzionati che hanno dato risposta alla popolazione residente per il 33% della domanda espressa di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Volume e importo tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intra-regionali, per azienda di erogazione. Anni 2014-2016



Fonte: datawarehouse regionale

Nel triennio 2014-2016, la risposta erogativa è risultata in progressiva diminuzione in termini di volumi, con particolare riferimento alle strutture private convenzionate, che hanno altresì registrato una contrazione degli importi tariffari anche in ragione della riduzione dei tetti di spesa fissati dalla Regione Veneto.

A fronte di una riduzione in termini di volumi (circa 25 mila prestazioni in meno), risulta invece in netto aumento (quasi 2 milioni di euro in più rispetto all'anno precedente) la spesa per prestazioni specialistiche (principalmente di radioterapia) erogate dall'Istituto Oncologico Veneto a favore dei residenti dell'ULSS 16. A tale proposito si segnala che dal 01/07/2016 è stato formalizzato un accordo tra lo IOV e la Casa di Cura di Abano Terme (Delibera IOV n. 508 del 01/07/2016), in attuazione delle indicazioni del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria del 14 marzo 2016. Detto accordo prevede che la Casa di Cura fatturi mensilmente allo IOV le prestazioni di radioterapia, che successivamente le invia in mobilità all'Ulss di residenza, mentre precedentemente tali prestazioni erano fatturate direttamente all'Azienda Ulss 16 dalla Casa di Cura di Abano Terme.

In aumento risulta anche il valore economico della mobilità passiva verso l'ulss 14 di Chioggia.

Nel complesso dell'assistenza specialistica ambulatoriale, rispetto al 2015, nell'anno 2016 i cittadini dell'ULSS hanno complessivamente fruito di circa 500 mila prestazioni in meno, con una riduzione di circa il 6%. Si tratta principalmente di prestazioni diagnostiche di laboratorio e di riabilitazione.

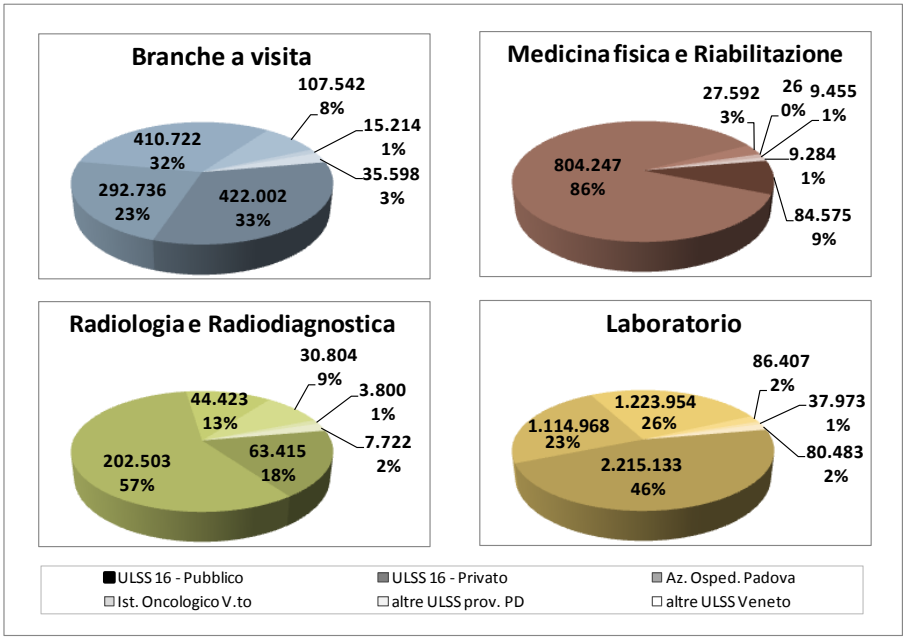
Volume e importo tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intraregionali, per azienda di erogazione. Anni 2014-2016

Azienda di erogazione	Numero prestazioni			Variazione relativa 2015-2016	Importo tariffario (€)			Variazione relativa 2015-2016
	2014	2015	2016		2014	2015	2016	
ULSS 16 - Pubblico	2.885.419	2.837.662	2.785.125	-2%	33.724.894	33.791.060	34.402.045	+2%
ULSS 16. - Privato	3.015.283	2.695.660	2.414.454	-10%	49.589.099	48.264.734	46.383.826	-4%
Az. Osped. Padova	1.822.797	1.795.029	1.706.691	-5%	34.377.442	35.183.083	33.538.011	-5%
Ist. Oncologico V.to	258.598	269.756	224.779	-17%	13.586.642	14.082.001	15.997.036	+14%
altre ULSS prov. PD	75.018	72.421	66.442	-8%	2.533.218	2.343.664	2.000.707	-15%
ULSS 15	43.939	43.401	36.043	-17%	1.564.788	1.479.985	1.207.925	-18%
ULSS 17	31.079	29.020	30.399	+5%	968.430	863.680	792.781	-8%
altre ULSS Veneto	155.119	143.624	133.087	-7%	5.278.077	5.464.297	5.279.121	-3%
ULSS 14	39.569	32.951	30.765	-7%	1.097.676	1.052.853	1.199.064	+14%
ULSS 13	30.477	27.890	24.271	-13%	579.114	512.664	434.720	-15%
ULSS 6	25.673	23.944	21.777	-9%	833.189	844.379	744.722	-12%
altre ULSS	59.400	58.839	56.274	-4%	2.768.098	3.054.401	2.900.616	-5%
Totale intraregione	**8.212.234**	**7.814.152**	**7.330.578**	**-6%**	**139.089.372**	**139.128.840**	**137.600.745**	**-1%**

Fonte: datawarehouse regionale

Per tale tipologia di prestazioni si è assistito ad una significativa riduzione di consumo di prestazioni (360 mila prestazioni in meno nel biennio) riconducibile alla minor offerta degli erogatori privati convenzionati, che solo nell'ultimo anno hanno ridotto l'erogazione a residenti ULSS 16 di quasi 150 mila prestazioni (-16%), principalmente di tipo strumentale (elettroterapia e ultrasonoterapia antalgica).

Distribuzione per erogatore del numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intraregionali, secondo la macrobranca specialistica. Anno 2016



Fonte: datawarehouse regionale

Per quanto riguarda la domanda rivolta agli erogatori privati convenzionati dell'ULSS 16, nell'ultimo anno risulta inoltre significativamente ridotta la fruizione di prestazioni di laboratorio e parzialmente anche delle alla Radiologia-radiodiagnistica e alle prestazioni specialistiche afferenti alle branche a visita.

Il calo di consumo di prestazioni delle branche a visita presso gli erogatori privati convenzionati e presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, seppur compensati dal citato aumento delle prestazioni di radioterapia fruite presso lo IOV e di prestazioni di oculistica, endocrinologia e gastroenterologia presso le strutture pubbliche dell'ULSS 16, determinano complessivamente una riduzione del livello di consumo di visite e ed altre prestazioni non diagnostiche da parte dei residenti.

Sensibile risulta essere il calo di consumo di prestazioni di radiologia (-27mila prestazioni nel 2016,con una riduzione del 7% rispetto all'anno precedente), che si è verificato soprattutto conseguentemente alla minor domanda soddisfatta dall'Azienda Ospedaliera di Padova, che ha visto una costante, seppur contenuta, riduzione di volumi e valore tariffario per prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate a favore dei residenti dell'ULSS 16.

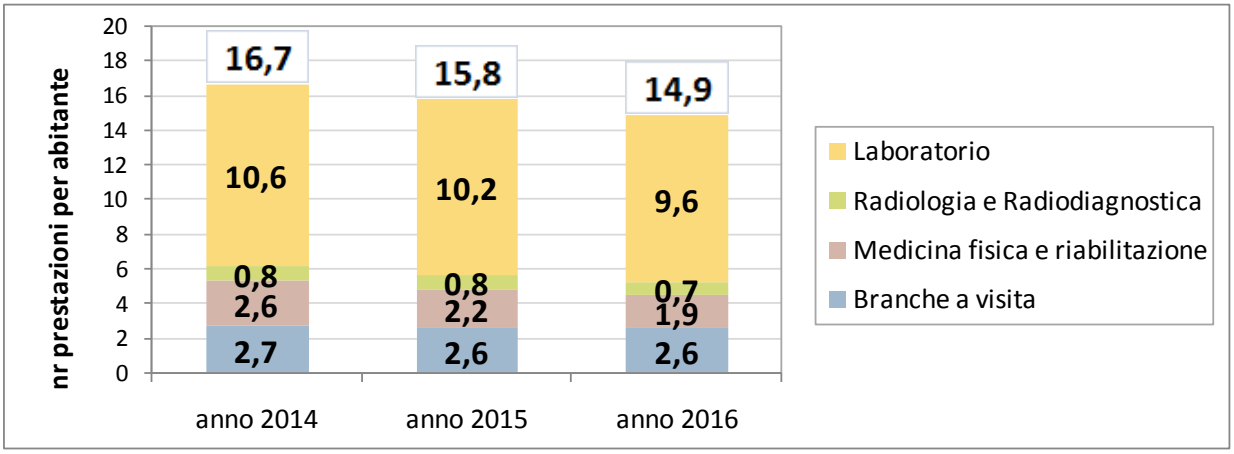
Distribuzione per erogatore del numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intraregionali, secondo la macrobranca specialistica. Anni 2014 - 2016

Macro-branca	Azienda di erogazione	Numero prestazioni			Variazione 2014-2015		Variazione 2015-2016	
		2014	2015	2016	assoluta	relativa	assoluta	relativa
Branche a visita	ULSS 16 - Pubblico	421.729	411.868	422.002	- 9.861	- 2%	+ 10.134	+ 2%
	ULSS 16 - Privato	312.864	312.802	292.736	- 62	- 0%	- 20.066	- 6%
	Az. Osped. Padova	424.845	421.574	410.722	- 3.271	- 1%	- 10.852	- 3%
	Ist. Oncologico V.to	92.468	89.273	107.542	- 3.195	- 3%	+ 18.269	+ 20%
	altre ULSS prov. PD	18.728	17.505	15.214	- 1.223	- 7%	- 2.291	- 13%
	altre ULSS Veneto	38.866	39.098	35.598	+ 232	+ 1%	- 3.500	- 9%
Branche a visita Totale		**1.309.500**	**1.292.120**	**1.283.814**	**- 17.380**	**- 1%**	**- 8.306**	**- 1%**
Medicina fisica e riabilita-zione	ULSS 16 - Pubblico	99.716	96.975	84.575	- 2.741	- 3%	- 12.400	- 13%
	ULSS 16 - Privato	1.145.835	953.623	804.247	- 192.212	- 17%	- 149.376	- 16%
	Az. Osped. Padova	32.395	31.187	27.592	- 1.208	- 4%	- 3.595	- 12%
	Ist. Oncologico V.to	7		26	- 7	- 100%	+ 26	
	altre ULSS prov. PD	8.690	9.378	9.455	+ 688	+ 8%	+ 77	+ 1%
	altre ULSS Veneto	12.185	11.074	9.284	- 1.111	- 9%	- 1.790	- 16%
Medicina fisica e riab. Totale		**1.298.828**	**1.102.237**	**935.179**	**- 196.591**	**- 15%**	**- 167.058**	**- 15%**
Radiologia e Radiodia-gnostica	ULSS 16 - Pubblico	72.853	66.801	63.415	- 6.052	- 8%	- 3.386	- 5%
	ULSS 16 - Privato	219.245	206.683	202.503	- 12.562	- 6%	- 4.180	- 2%
	Az. Osped. Padova	59.496	60.359	44.423	+ 863	+ 1%	- 15.936	- 26%
	Ist. Oncologico V.to	29.429	33.108	30.804	+ 3.679	+ 13%	- 2.304	- 7%
	altre ULSS prov. PD	4.900	4.082	3.800	- 818	- 17%	- 282	- 7%
	altre ULSS Veneto	9.948	9.202	7.722	- 746	- 7%	- 1.480	- 16%
Radiologia Totale		**395.871**	**380.235**	**352.667**	**- 15.636**	**- 4%**	**- 27.568**	**- 7%**
Labora-torio	ULSS 16 - Pubblico	2.291.121	2.262.018	2.215.133	- 29.103	- 1%	- 46.885	- 2%
	ULSS 16 - Privato	1.337.339	1.222.552	1.114.968	- 114.787	- 9%	- 107.584	- 9%
	Az. Osped. Padova	1.306.061	1.281.909	1.223.954	- 24.152	- 2%	- 57.955	- 5%
	Ist. Oncologico V.to	136.694	147.375	86.407	+ 10.681	+ 8%	- 60.968	- 41%
	altre ULSS prov. PD	42.700	41.456	37.973	- 1.244	- 3%	- 3.483	- 8%
	altre ULSS Veneto	94.120	84.250	80.483	- 9.870	- 10%	- 3.767	- 4%
Laboratorio Totale		**5.208.035**	**5.039.560**	**4.758.918**	**- 168.475**	**- 3%**	**- 280.642**	**- 6%**

Fonte: datawarehouse regionale

Anche per la diagnostica di laboratorio, si rileva una costante riduzione del numero di prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, dalle quali arriva il maggior contributo alla contrazione della domanda dei residenti dell'ULSS 16, che nell'anno 2016 risulta pari a 9,6 prestazioni pro-capite, rispetto a 10,2 dell'anno precedente.

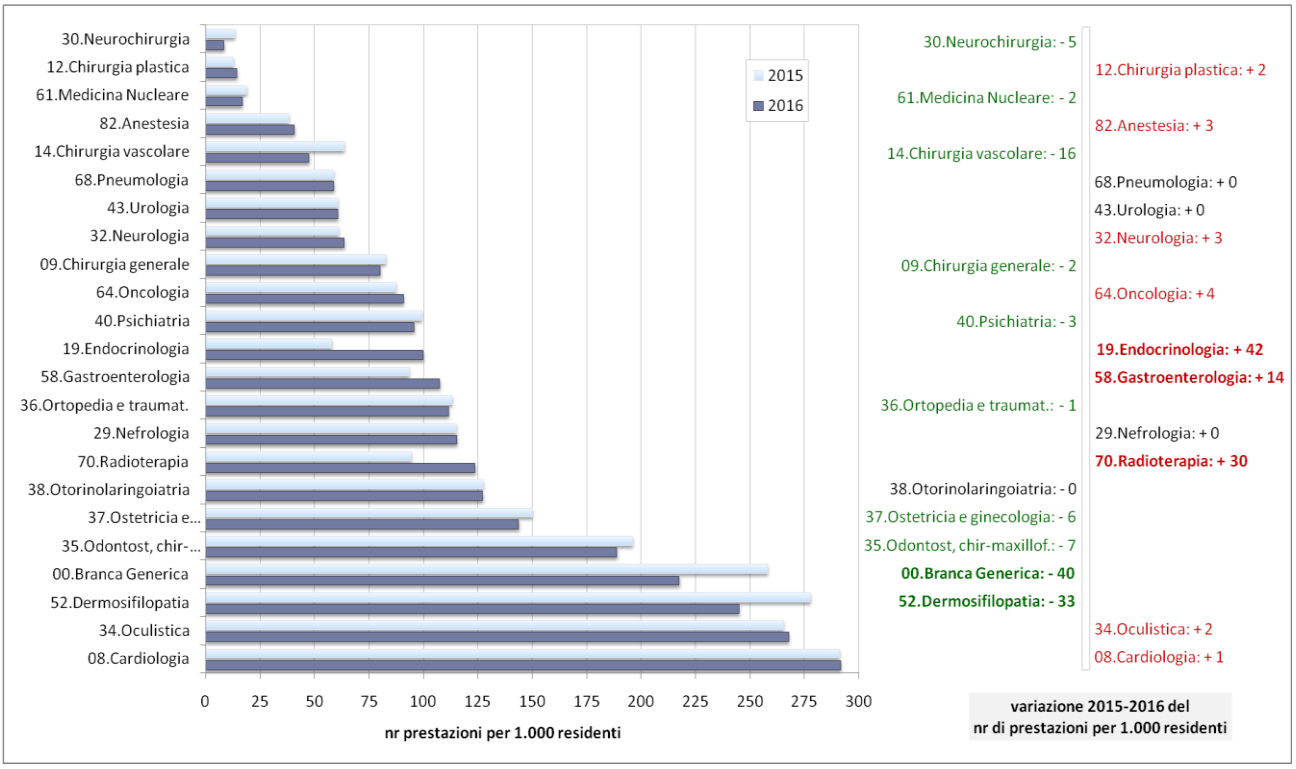
Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per residente ULSS 16, per macrobranca specialistica. Anni 2014-2016



Fonte: datawarehouse regionale

Delle circa 15 prestazioni specialistiche ambulatoriali che in media ogni abitante ha "consumato" nell'anno 2016, circa 2,6 sono quelle effettuate per le branche a visita, che comprendono prestazioni afferenti a diverse specialità. Tra le più frequenti ci sono le prestazioni di Cardiologia (292 prestazioni per 1.000 residenti, effettuate nell'anno 2016), le prestazioni di Oculistica (268) e le prestazioni di Dermatologia (245). Rilevante risulta anche il numero di prestazioni di odontostomatologia, per le quali vi è stato un sensibile decremento dei volumi nel biennio.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per 1.000 residenti ULSS 16, per branca specialistica. Anni 2015-2016



Fonte: datawarehouse regionale

Al fine di ottimizzare il numero di prestazioni per abitante, la Regione Veneto ha fissato quale obiettivo per l'anno 2016 il mantenimento dei livelli di consumo pro-capite dell'anno 2015 per tutte le branche e la riduzione del numero di prestazioni pro-capite per le branche, individuate dall'ULSS; nel caso dell'Ulss 16, sono state individuate le branche di Neurologia e Nefrologia.

Importanti riduzioni si sono registrate per le prestazioni di Dermosifilopatia e per la Branca Generica. Risultano invece significativamente incrementati i livelli di consumo per le prestazioni di Radioterapia, Endocrinologia e Gastroenterologia.

Distribuzione per branca specialistica del numero e dell'importo tariffario delle prestazioni ambulatoriali erogate a residenti dell'ULSS 16 da strutture intra-regionali. Anni 2014-2016

Branca Specialistica	Importo Tariffario 2016		Spesa pro-capite			
	valore	distribuz.	2014	2015	2016	variaz. 15-16
69.Radiologia Diagnostica	€ 31.888.394	23%	€ 70,67	€ 70,08	€ 64,62	- € 5,47
03.Laboratorio	€ 28.141.655	20%	€ 61,67	€ 59,34	€ 57,02	- € 2,31
56.Medicina fisica e riabilitazione	€ 13.271.269	10%	€ 29,77	€ 27,96	€ 26,89	- € 1,07
34.Oculistica	€ 10.059.760	7%	€ 17,42	€ 17,53	€ 20,38	**+ € 2,86**
29.Nefrologia	€ 7.982.132	6%	€ 13,51	€ 15,59	€ 16,17	**+ € 0,58**
64.Oncologia	€ 6.713.168	5%	€ 12,92	€ 13,68	€ 13,60	- € 0,07
08.Cardiologia	€ 5.870.016	4%	€ 11,79	€ 11,81	€ 11,89	+ € 0,08
70.Radioterapia	€ 5.867.797	4%	€ 6,56	€ 8,57	€ 11,89	**+ € 3,32**
61.Medicina Nucleare	€ 3.293.764	2%	€ 6,94	€ 7,19	€ 6,67	- € 0,52
58.Gastroenterologia	€ 3.279.826	2%	€ 4,96	€ 5,17	€ 6,65	**+ € 1,47**
36.Ortopedia e traumat.	€ 2.961.298	2%	€ 6,42	€ 6,09	€ 6,00	- € 0,09
09.Chirurgia generale	€ 2.647.383	2%	€ 6,30	€ 5,75	€ 5,36	- € 0,39
37.Ostetricia e ginecologia	€ 2.351.134	2%	€ 4,84	€ 4,85	€ 4,76	- € 0,09
35.Odontost, chir-maxillof.	€ 2.287.305	2%	€ 5,11	€ 5,00	€ 4,63	- € 0,36
52.Dermosifilopatia	€ 1.630.586	1%	€ 3,79	€ 3,61	€ 3,30	- € 0,30
00.Branca Generica	€ 1.287.289	1%	€ 3,51	€ 3,07	€ 2,61	- € 0,46
32.Neurologia	€ 1.277.127	1%	€ 2,89	€ 2,95	€ 2,59	- € 0,36
14.Chirurgia vascolare	€ 1.074.782	1%	€ 2,43	€ 2,75	€ 2,18	- € 0,57
38.Otorinolaringoiatria	€ 1.036.806	1%	€ 2,07	€ 2,12	€ 2,10	- € 0,02
68.Pneumologia	€ 1.006.662	1%	€ 2,01	€ 1,94	€ 2,04	+ € 0,10
82.Anestesia	€ 893.848	1%	€ 1,65	€ 1,82	€ 1,81	- € 0,01
19.Endocrinologia	€ 838.530	1%	€ 0,59	€ 0,95	€ 1,70	**+ € 0,75**
40.Psichiatria	€ 730.550	1%	€ 1,54	€ 1,53	€ 1,48	- € 0,05
43.Urologia	€ 730.318	1%	€ 1,44	€ 1,56	€ 1,48	- € 0,08
12.Chirurgia plastica	€ 306.470	0%	€ 0,50	€ 0,53	€ 0,62	+ € 0,09
30.Neurochirurgia	€ 172.874	0%	€ 0,53	€ 0,48	€ 0,35	- € 0,13
	€ 137.600.745	**100%**	**€ 281,84**	**€ 281,92**	**€ 278,82**	**- € 3,10**

Fonte: datawarehouse regionale

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'Azienda ULSS 16 ha nel suo territorio 123 strutture socio sanitarie a gestione diretta e 278 strutture convenzionate.

Le Strutture Residenziali e Semiresidenziali dell'area socio sanitaria sono dotate di 3.892 posti letto residenziali e 1.143 semiresidenziali.

I posti letto **residenziali** a gestione diretta e in convenzione sono complessivamente 2.651 per anziani, di cui 1.083 per disabili (psichici e fisici), 139 per pazienti psichiatrici e 19 di Hospice per malati terminali.

I posti letto residenziali delle strutture in convenzione costituiscono il 95% del totale e sono predominanti in tutti i tipi di assistenza, ad eccezione dell'assistenza ai disabili fisici e ai pazienti psichiatrici, quasi totalmente in gestione diretta all'Azienda ULSS o in gestione mista, con alcune funzioni (alberghiera e assistenziale) in capo al soggetto convenzionato. I posti letto di Hospice per l'assistenza ai malati terminali appartengono esclusivamente alle strutture private accreditate.

Composizione percentuale e valori assoluti dei posti letto delle Strutture residenziali per tipologia di assistenza. Anno 2016

TIPO-ASSISTENZA	Posti a gestione diretta	Posti convenzionati	Totali x tipo di assistenza	Posti a gestione diretta	Posti convenzionati
ASSISTENZA AGLI ANZIANI	24	2.627	2.651	0,9%	99,1%
ASSISTENZA A DISABILI FISICI	20	-	20	100,0%	0,0%
ASSISTENZA A DISABILI PSICHICI	11	1.052	1.063	1%	99%
ASSISTENZA A MALATI TERMINALI	-	19	19	0%	100%
ASSISTENZA PSICHIATRICA	117	22	139	84,2%	15,8%
TOTALE	**172**	**3.720**	**3.892**	**4,4%**	**95,6%**

Anche per quanto riguarda l'attività **semiresidenziale,** le strutture convenzionate hanno una situazione di maggioranza, garantendo quasi l'83% dei posti letto disponibili, con una prevalenza in tutti i settori (in particolare nell'assistenza agli anziani), ad esclusione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici, quasi totalmente a gestione diretta.

Composizione percentuale e valori assoluti dei posti letto delle Strutture semiresidenziali per tipologia di assistenza. Anno 2016

TIPO-ASSISTENZA	Posti a gestione diretta	Posti convenzionati	Totali x tipo di assistenza	Posti a gestione diretta	Posti convenzionati
ASSISTENZA AGLI ANZIANI	0	202	202	0,0%	100,0%
ASSISTENZA A DISABILI FISICI	9	20	29	31,0%	69,0%
ASSISTENZA A DISABILI PSICHICI	81	718	799	10%	90%
ASSISTENZA PSICHIATRICA	103	10	113	91,2%	8,8%
TOTALE	**193**	**950**	**1.143**	**16,9%**	**83,1%**

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 presenti nel territorio dell'ULSS 16, censiti con il modello RIA11 dei Flussi ministeriali, sono tre e svolgono quasi esclusivamente attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale:

- La Nostra Famiglia
- A.I.S.M.
- Fondazione Federico MILCOVICH ONLUS (ex U.I.L.D.M. sezione di Padova)

MEDICINA DI BASE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nell'ambito della Medicina Primaria, nell'Azienda Sanitaria nel corso dell'anno 2016 hanno mediamente operato 311 Medici di Medicina Generale e 55 Pediatri di Libera Scelta.
Dei 311 MMG presenti al 1/1/2016, 208 sono di genere maschile, e offrono assistenza a 424.287 pazienti di cui 4.017 in età infantile. Sono 249 i professionisti che forniscono la propria attività in forma associativa a fronte di una popolazione pari a 354.453 unità, mentre sono 272 coloro che giovano di indennità di collaborazione informatica.
I pediatri di libera scelta sono 55 e seguono complessivamente 54.835 bambini.
Le tabelle sottostanti riportano i dati presenti nei modelli ministeriali FLS12 quadri E, F dei Flussi ministeriali dell'anno 2016.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) per anzianità di laurea e per classi di scelta al 1/1/2016

Anzianità di laurea (anni)	N. Medici	Classi di scelta	n. Medici	N. scelte	di cui in età infantile
0-6	0	1-50	1	44	0
6-13	1	51-500	7	2.608	36
13-20	4	501-1000	32	24.957	276
20-27	52	1001-1500	119	156.930	1.499
27 e oltre	254	1500 oltre	152	239.748	2.206
Totale	**311**	**Totale**	**311**	**424.287**	**4.017**

	n. Medici	N. scelte
Numero medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa	249	354.453
Numero medici che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica	272	373.643

PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) per anzianità di specializzazione e per classi di scelta al 1/1/2016

Anzianità di specializzazione	N. Medici	Classi di scelta	n. Medici	N. scelte
0-2	0	1-250	0	0
2-9	1	251-800	6	3.488
9-16	0	800 e oltre	49	54.948
16-23	7	**Totale**	**55**	**58.436**
23 oltre	47			
Totale	**55**			

	n. Medici	N. scelte
Numero medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa	45	50.305
Numero medici che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica	51	54.835

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 quella di garantire nel territorio di competenza la tutela della salute, della prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione su tali obiettivi deve promuovere la collaborazione e l'integrazione con altre strutture aziendali, innovando le prestazioni nei contenuti e nel metodo. Gli articoli 7-bis, 7-ter e 7-quater del D.Lgs. n. 502/92 hanno individuato l'organizzazione e stabilito le funzioni del Dipartimento di Prevenzione, articolando le funzioni garantite direttamente dal dipartimento di prevenzione in:

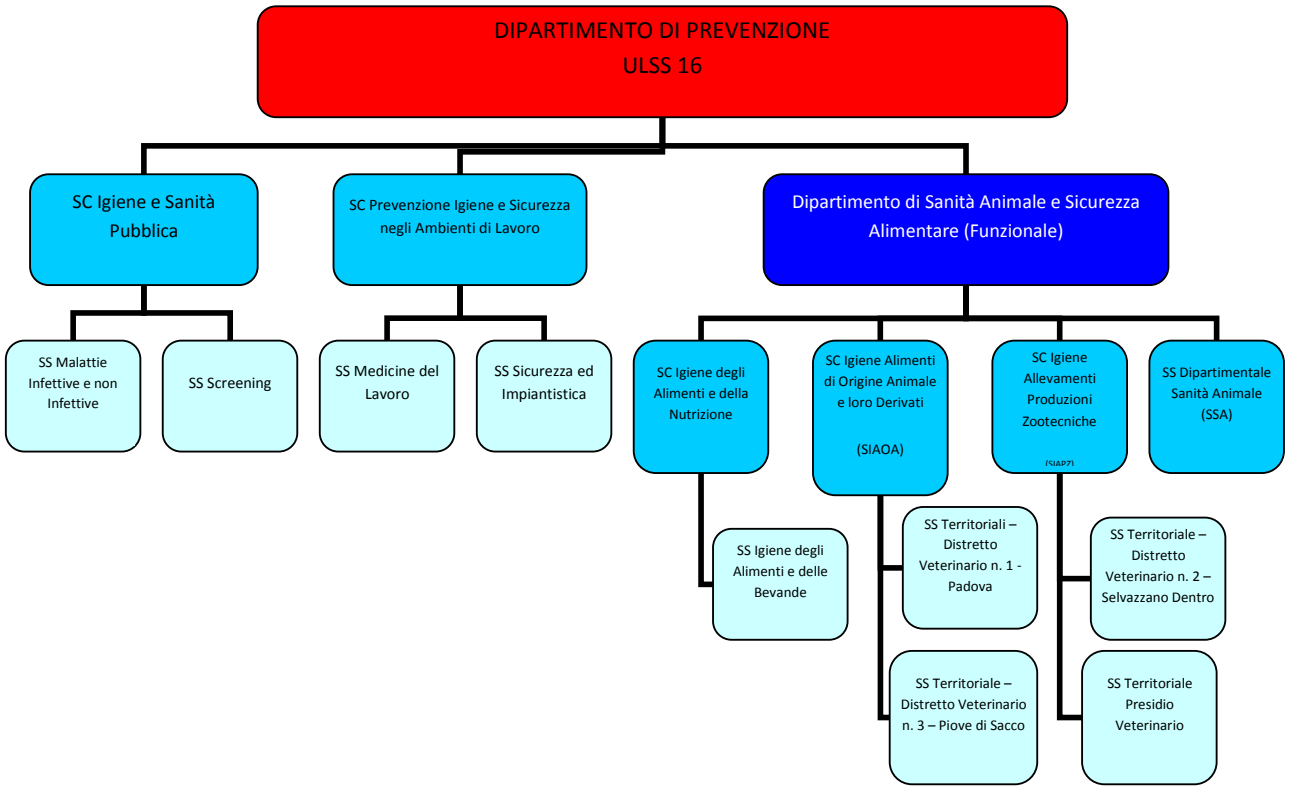
- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di 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;

Il PSSR ha inoltre individuato tra le aree prioritarie di intervento la prevenzione delle malattie determinate dagli alimenti, la prevenzione delle zoonosi e le malattie emergenti, il benessere animale, già definite dal piano sanità animale e sicurezza alimentare.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con i Dipartimenti dell'Azienda ULSS e delle Aziende Ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa, inoltre, alla formulazione del programma di attività dell'ULSS 16, formulando proposte di intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Il Dipartimento, oltre alle attività ordinarie di prevenzione e tutela della salute dei territori di competenza, svolge funzioni specifiche di grande rilevanza nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, di emergenze sanitarie territoriali.

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura tecnico-funzionale che dipende gerarchicamente dal Direttore Sanitario. È un'organizzazione integrata di unità operative complesse e semplici, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute.



Le Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è affiancato da un Comitato di Dipartimento, organo collegiale composto dai responsabili dei servizi, al fine dell'adozione di criteri uniformi di comportamenti e procedure, particolarmente per quanto riguarda gli atti a rilevanza esterna. Ha competenza consultiva e propositiva, coadiuva il Direttore del Dipartimento nella predisposizione del budget annuale.

Il Direttore di Dipartimento ha facoltà di integrare la composizione del comitato di dipartimento occasionalmente o stabilmente con figure professionali preposte a funzioni di responsabilità in ordine a specifiche soluzioni organizzative e di integrazione tra i servizi. Il funzionamento è disciplinato da un Regolamento approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1192 del 02/10/2014.

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 e uscite – 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) si attesta al 9,1%, restringendo il focus all'ambito tecnico – amministrativo questo valore scende al 3,2%.

SINTESI DELL'ANDAMENTO DEI RISULTATI ECONOMICI ED ACCENNO ALLE TEMPISTICHE DI PAGAMENTO

Nella tabella si riportano (valori in €) le principali voci di ricavo e di costo con riferimento al biennio2015-2016, rappresentando così, sinteticamente, l'andamento del risultato economico dell'ULSS 16:

CONTO ECONOMICO AZIENDA ULSS 16	***BILANCIO DI ESERCIZIO 2015***	***BILANCIO DI ESERCIZIO 2016***
Valore della produzione	925.056.553,05	953.185.792,74
Costo della produzione	938.651.635,34	964.024.322,44
Proventi e Oneri Finanziari	- 433.487,13	- 772.055,75
Rettifiche di valore	-	- 9.257,68
Proventi e Oneri Straordinari	- 1.228.821,04	- 702.589,15
Imposte e tasse	9.534.193,31	9.449.047,79
Risultato di esercizio	**- 24.791.583,77**	**- 21.771.480,07**

Sinteticamente, nel 2016, si registra un disavanzo di 21,77 milioni di euro, con un miglioramento rispetto al 2015 di 3 milioni (-12,2%). Per un'analisi più argomentata si rimanda al paragrafo 4 della presente relazione.

L' indicatore di tempestività dei pagamenti anno 2016 è pari a 0,72.

L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, in quanto attribuisce un peso maggiore ai ritardi relativi al pagamento di fatture di somme elevate. Tale indicatore è previsto dall'art. 9 del DPCM del 22/09/2014 ed è stato oggetto di specifici chiarimenti con circolari della Ragioneria Generale dello Stato n. 3 e 22 del 2015.

Per un maggiore dettaglio, e per l'evidenza dell'andamento dell'indicatore nell'ultimo triennio, si rimanda al paragrafo 4 della presente relazione.

2.3 I risultati raggiunti, le criticità e le opportunità

Con DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015 la Regione Veneto ha assegnato alle Aziende ULSS del Veneto gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2016.

La DGR n.693/2013 ha disciplinato la pesatura degli ambiti di valutazione nel modo seguente:

a) Garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: 75%;

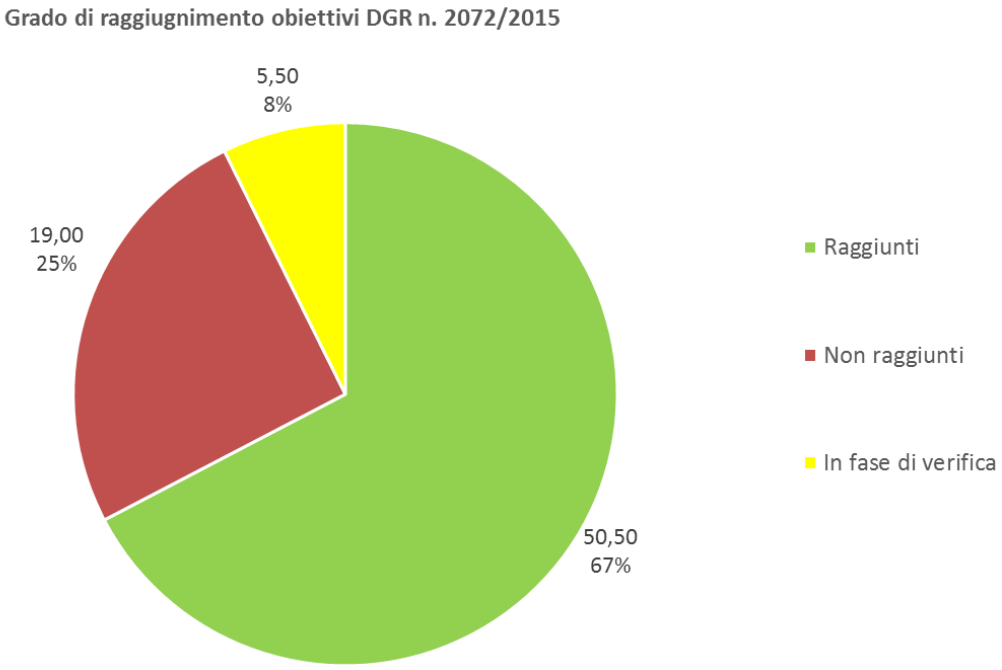
b) Rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: 5%;

c) Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende ULSS, di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci: 20%.

Nella definizione degli obiettivi per l'anno 2016 viene ribadito l'impegno dell'Amministrazione Regionale a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale in materia.

Si stabilisce infine che gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui sia conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento.

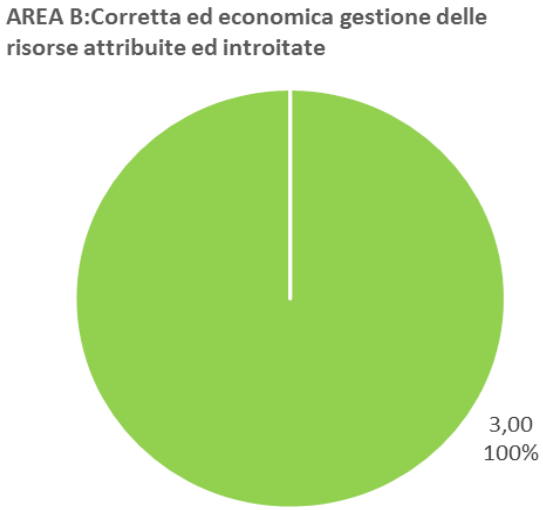
Nel grafico e nella tabella di seguito si riportati viene data evidenza del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dal provvedimento sopracitato precisando che, al momento della redazione della presente relazione, alcuni indicatori risultano essere ancora in fase di verifica regionale e pertanto, sono stati integrati da valutazioni interne all'azienda.

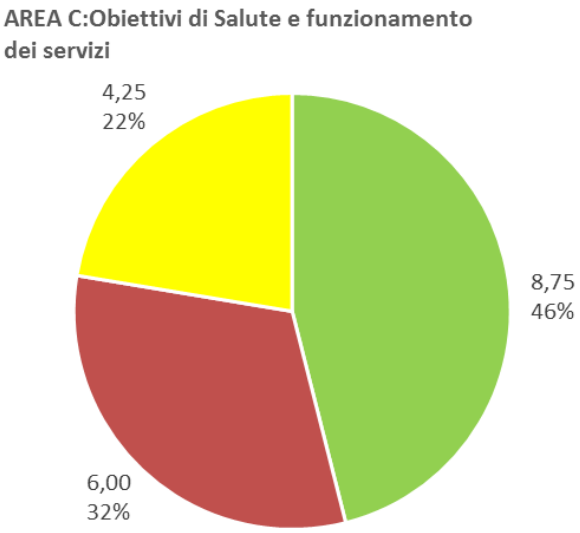


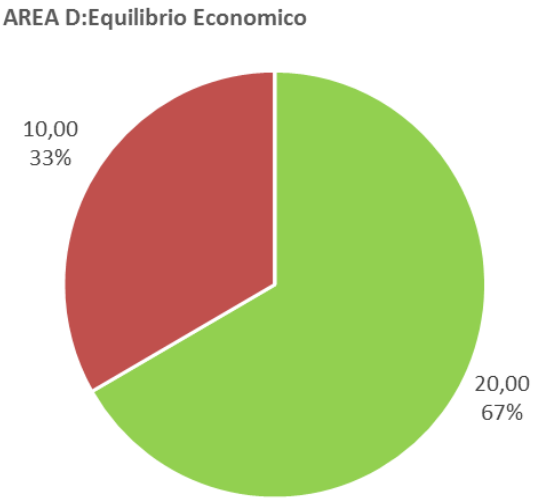
	OBIETTIVI DGR 2072/15	Punti Disponibili	Punti di Soglie soddisfatte	Punti di Soglie non soddisfatte	Ancora in fase di verifica
AREA A:Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e programmazione degli uffici					
A.1	Adeguamento della organizzazione delle Cure primarie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	0,50		0,50
	TOTALE AREA A	**3,00**	**2,50**	**0,00**	**0,50**
AREA B:Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate					
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	1,00	1,00		
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	1,00	1,00		
B.3	Applicare politiche di autoassicurazione	1,00	1,00		
	TOTALE AREA B	**3,00**	**3,00**	**0,00**	**0,00**
AREA C:Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi					
C.1	Copertura Vaccinazioni già obbligatorie e Screening Oncologici	3,00	0,75	2,00	0,25
C.3	Implementazione piani sicurezza alimentare	1,00	0,75		0,25
C.4	Integrazione Ospedale-Territorio	1,00	0,75	0,25	
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	1,00	0,50	0,50	
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	1,00			1,00
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	2,00	1,00	1,00	
C.8	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile	1,00	1,00		
C.9	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	2,00	1,50	0,50	
C.10	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica	2,00	0,50	1,50	
C.11	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario L	1,00	1,00		
C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	3,00			3,00
C.13	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	1,00	1,00		
	TOTALE AREA C	**19,00**	**8,75**	**5,75**	**4,50**
AREA D:Equilibrio Economico					
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	2,00	2,00		
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	15,00	10,00	5,00	
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	11,00	6,00	5,00	
D.4 *	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	2,00	2,00		
	TOTALE AREA D	**30,00**	**20,00**	**10,00**	**0,00**
AREA E:Liste d'attesa					
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	10,00	9,50		0,50
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	3,00		3,00	
E.3	Appropriatezza nell'accesso alla Prestazioni Specialistiche	2,00	2,00		
	TOTALE AREA E	**15,00**	**11,50**	**3,00**	**0,50**
AREA F:Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario					
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO	1,00	1,00		
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	1,00	0,75		0,25
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	1,00	1,00		
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	1,00	1,00		
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenziaità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali	1,00	1,00		
	TOTALE AREA F	**5,00**	**4,75**	**0,00**	**0,25**
	TOTALE	**75,00**	**50,50**	**18,75**	**5,75**

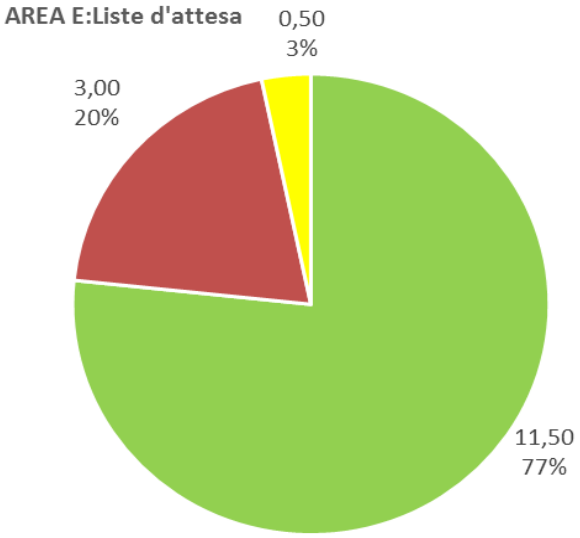
Dall'esame della stessa possono essere sviluppate le considerazioni di seguito indicate:

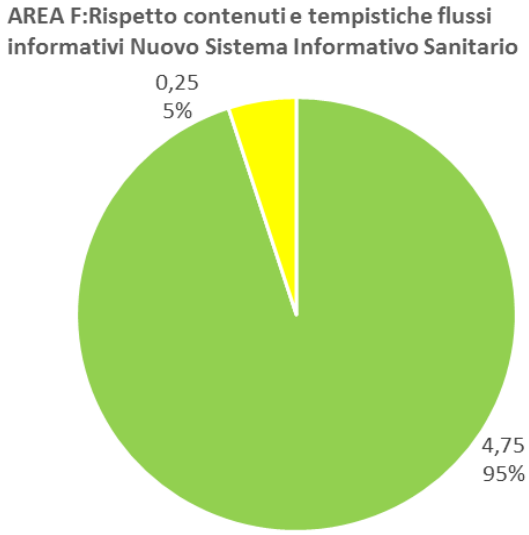
- Il grado di raggiungimento generale raggiunto è attualmente di 50,5punti, mentre sono 18,75 i punti persi ed ulteriori 5,75 punti ancora da verificare e assegnare;
- L'area maggiormente critica, stante l'attuale valutazione, è l'area C, che vede complessivamente 8,75 punti raggiunti (il 46% del totale) e 5,75 punti persi, tuttavia con ulteriori 4,5 punti in fase di verifica;
- L'area relativa all'Equilibrio Economico che rappresenta, da sola, l'ambito di maggior peso (40% del totale), registra un grado di raggiungimento pari al 67% (20 punti su 30).
- Le altre aree registrano minori criticità con un grado di raggiungimento tra l'80% ed il 100%.











La Conferenza dei Sindaci ha provveduto ad esprimere la propria valutazione in merito all'ambito di propria competenza (Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende Ulss) assegnando il massimo punteggio a disposizione (p.20). Il punteggio sin qui ottenuto risulta essere, quindi, pari a p.70,5 ulteriormente migliorabile dal momento che non risultano ancora concluse le operazioni di verifica e valutazione da parte regionale.

Per i dettagli relativi al raggiungimento dei risultati, con analisi analitica delle aree di criticità, si rimanda al successivo paragrafo 3.

3. Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

3.1 Obiettivi strategici ed operativi

Si riportano nella seguente tabella gli obiettivi evidenziando per ciascuno di essi il risultato conseguito.

AREA A: OSSERVANZA DELLE LINEE GUIDA E INDIRIZZI IN MATERIA DI CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEGLI UFFICI

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
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	0,50	Partecipazione al percorso regionale sullo sviluppo della COT Compilazione delle griglie informative regionali	Raggiunto	Completata la formazione regionale per i responsabili COT. Inviate le griglie nel rispetto delle tempistiche.
		A.1.2	Programmazione dello sviluppo delle Medicine di Gruppo integrate ed attivazione delle stesse secondo la DGR n. 751	0,25	Attivazione delle Medicine di gruppo integrate nel rispetto dei finanziamenti assegnati. Compilazione delle griglie regionali	Raggiunto	Attivate n° 5 MGI. Compilate ed inviate le griglie a cure primarie RV.
		A.1.3	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	0,25	Corretta implementazione dell'Anagrafe Unica Reg. e compilazione delle griglie informative regionali entro le scadenze previste	Raggiunto	SI
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.	0,50	Adeguamento della dotazione assistenziale territoriale secondo DGR	Raggiunto	Approvato dal Crite la conversione in ospedale di comunità. L'Azienda ha predisposto le condizioni organizzative e tecniche ma l'attuale contingenza evidenzia un momento di stasi.
		A.2.2	Contestualizzazione Aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla	0,50	Predisposizione del PDTA sclerosi multipla come da DGR 758/2015 e monitoraggio indicatori (da 1 a 7) allegato A- DGR 758/15	Raggiunto	Atto redatto DDG 751/2016 Eseguito il monitoraggio di tutti e 7 gli indicatori previsti. Inviati in regione
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‰	0,5	<135 ‰	Raggiunto	129,17 per mille
		A.3.2	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	0,5	Partecipazione alla Formazione ROV Redazione PDTA su format predisposto dalla ROV	N.D.	In attesa di valutazione regionale
		A.3.3	Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto da DGR 1173/2014			Raggiunto	Non applicabile

Criticità ed opportunità

In quest'area non si ravvedono criticità. Si resta in attesa della valutazione dell'obiettivo A.3.2.

AREA B: CORRETTA ED ECONOMICA GESTIONE DELLE RISORSE ATTRIBUITE ED INTROITATE

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
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	1,0	Prezzo effettivo dei contratti deve essere inferiore o uguale a quello di riferimento per i contratti sopra soglia del 2016	Raggiunto	I contratti stipulati sopra soglia, per le categorie indicate, rispettano i criteri indicati.
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	B.2.1	Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale	1,0	Rispetto delle scadenze e dei contenuti richiesti dalla Regione per lo sviluppo del sistema regionale di contabilità analitica	Raggiunto	Rispettate scadenze e contenuti
B.3	Applicare le nuove politiche di assicurazione;	B.3.1	Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES	0,50	Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Raggiunto	Rispettate le scadenze.
		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	0,25	Trasmissione n. 5 verbali e 5 azioni correttive e relative misurazioni di efficacia	Raggiunto	Trasmissione dei verbali e delle azioni correttive effettuata.
		B.3.3	Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione carmina (giugno/dicembre)	0,25	Trasmissione questionario nei tempi previsti	Raggiunto	Questionario inviato nei tempi previsti

Criticità ed opportunità

In quest'area tutti gli obiettivi risultano raggiunti.

AREA C: OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
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)	1,0	Polio, Difto-tetano, epatite B, Pertosse, Hib >= 95%	Non raggiunto	Anno 2016: 91,2%
		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)	0,25	Morbillo, parotite, rosolia >= 95%	Non raggiunto	Anno 2016: 89,1%
		C.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) (indicatore 1.3 della Griglia LEA 2016)	0,25	≥ 75%	Non raggiunto	Anno 2016: 52,6%
		C.1.4	Adesione "corretta" per screening mammografico	0,25	≥ 80%	Non raggiunto	Anno 2016: 71,7% Anno 2015: 65,02%
		C.1.5	Adesione "corretta" per screening citologico	0,25	≥ 60%	Non raggiunto	Anno 2016: 48,7% Anno 2015: 43,83%
		C.1.6	Adesione "corretta" per colon-retto	0,25	≥ 65%	Non raggiunto	Anno 2016: 58,4% Anno 2015: 43,40%
		C.1.7	Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli stili di vita (4 indicatori)	0,75	SI	Raggiunto	Effettuati 6 incontri per la cittadinanza e 25 incontri nelle scuole nell'anno scolastico 2015 - 2016.
C.2	Raggiungimento della percentuale del 5% delle Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL Aziendale	C.2.1	Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello Spisal Aziendale (indicatore 4 griglia LEA 2016)		≥ 5%	Raggiunto	N° 1316 Unità locali ispezionate rispetto all'obiettivo di 1284 da ispezionare.
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)	0,25	≥ 160%	N.D.	In attesa di valutazione regionale
		C.3.2	Contaminanti negli alimenti di origine	0,25	≥ 90% in tutte le categorie	Raggiunto	Comunicato lo svolgimento di quanto di competenza

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
			vegetale: % dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (ind. 6.3 griglia LEA 2016)		previste		
		C.3.3	Controlli sull'alimentazione animale: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA (Indicatore 3, Allegato 9, Adempimento AAJ Questionario LEA 2016)	0,25	≥ 90% dei programmi di campionamento con il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	Raggiunto	100% PNAA 123/123 prelievi eseguiti
		C.3.4	Percentuale di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (Indicatore 2 Adempimento AAJ Questionario LEA 2015)	0,25	≥ 99,8%	Raggiunto	Percentuali raggiunte
C.4	Integrazione Ospedale - Territorio	C.4.1	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	0,25	≥ 10%	Raggiunto	18,35%
		C.4.2	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	0,25	≥ 15%	Non raggiunto	Anno 2016: 13,76% Anno 2015: 12,39%
		C.4.3	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	0,50	Tasso > 1,49 ‰	Raggiunto	3,49
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	0,50	90° percentile entro le 4 ore (240 min.)	Non raggiunto	Al 90° percentile il tempo di attesa è di 5 h 3 m
		C.5.2	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	0,50	≤ 18 minuti	Raggiunto	17 minuti
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	C.6.1	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	1,00	SI	N.D.	In attesa di valutazione regionale
C.7	Qualità assistenza Ospedaliera: area chirurgica	C.7.1	Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	1,00	N. 1000 INTERVENTI in ricovero ordinario per sala	Non raggiunto	
		C.7.2	Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery	0,50	1) % ricoveri progr. con intervento e degenza inferiore 5 gg > 60% 2) ricoveri con lo stesso	Raggiunto	70,08% 1,21%

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
			come da DGR 2688/2014		MDC dopo dimissione dal ricovero in W.S. entro 30 gg. < 5%		
		C.7.3	Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliera (DGR 4277/2011 e modifiche successive)	0,50	%RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0%	Raggiunto	0%
		C.7.4	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	0	≤15%	Raggiunto	10,2%
		C.7.5	Avvio Sperimentazione di Trapianti d'Organo a Cuore Fermo				NON DI COMPETENZA
C.8	Qualità assistenza Ospedaliera: area materno-infantile	C.8.1	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	1,00	SI	Raggiunto	
C.9	Qualità assistenza Ospedaliera: area oncologica	C.9.1	Tempi di attesa (gg) per interventi chirurgici di area oncologica				NON DI COMPETENZA
		C.9.2	Tempi di attesa (gg) per il ricovero Chemioterapia (indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	1,00	≤ 11,7 gg	Raggiunto	Nessun caso trattato
		C.9.3	Tempi di attesa (gg) per interventi per Tumore al polmone (indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	0,50	≤ 23,1 gg	Raggiunto	Nessun caso trattato
		C.9.4	Tempi di attesa (gg) per interventi per Tumore al colon retto (indicatore Tav. 3.10 rapporto sdo 2014)	0,50	≤ 21,5 gg	Non raggiunto	24,07
		C.9.5	Tempi di refertazione dell'anatomia patologica				NON DI COMPETENZA
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)	0,50	≤ 3%	Non raggiunto	4,52% Anno 2015: 4,60%
		C.10.2	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	1,00	≤ 20%	Non raggiunto	29,07%
		C.10.3	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (indicatore S. Anna C14.2)	0,50	≤ 15%	Raggiunto	7,74%
C.11	Conseguimento piena adempienza	C.11.1	Implementazione delle attività	1,00	Piena adempienza del questionario LEA	Raggiunto	Adempimenti rispettati

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
	con riferimento al questionario LEA		finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.				
C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	C.12.1	Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	3,00	Tutti gli indicatori in miglioramento	N.D.	In attesa di valutazione regionale
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)	1,00	>= 500 segnalazioni per milione abitanti (farmaci+vaccini) e >= 300 solo per farmaci	Raggiunto	335 segnalazioni (tasso di 679 su 1 mln)
		C.13.2	Numero segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri				NON DI COMPETENZA
		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)			Raggiunto	Tutte le schede sono state chiuse tranne 2 su un totale di 63 trattamenti aperti (i due chiusi a marzo 2017)
		C.13.4	Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit			Raggiunto	Nessuno studio profit nel 2016
		C.13.5	Sperimentazione clinica: compilazione registro regionale				NON DI COMPETENZA

Criticità ed opportunità

Negli obiettivi C1 è evidente la difficoltà di raggiungere i valori soglia sia per le vaccinazioni sia per gli screening. Per questi ultimi pur registrandosi un miglioramento significativo resta ancora distante l'obiettivo target. Si ritiene utile evidenziare che il dato relativo agli screening, ed in particolare lo screening mammografico e citologico, è falsato dalla mancata rilevazione degli esami effettuati in regime privato. Tale carenza informativa è particolarmente importante in una realtà, quale quella padovana, caratterizzata da una presenza molto rilevante di attività privata. Un obiettivo importante sarà quindi quello di intercettare tale informazione al fin di avere un quadro realistico dell'adesione agli screening.

Altre criticità sono presenti negli obiettivi dell'area C. Resta difficoltoso da raggiungere l'obiettivo relativo alla permanenza in Pronto Soccorso: il valore raggiunto nel 2016 è di circa 5 ore di permanenza al 90° percentile, in linea con l'anno 2015, ma ancora distante dal valore target di 4 ore.

Altro obiettivo critico è il numero di interventi chirurgici nelle sale operatorie: non si è raggiunto il target dei 1.000 interventi/anno nonostante la week surgery abbia incrementato l'attività ed abbia registrato in totale tra i due presidi oltre 1.800 ricoveri.

Per quanto concerne gli obiettivo relativi al PNE, rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti, 9 indicatori su 14 rispettano le soglie relative ai volumi e 4 indicatori su 7 raggiungono le soglie relative agli esiti. Le aree critiche sono IMA, Mammella, parti e PTCA per quanto concerne i volumi, in particolare per il presidio di Piove di Sacco. Per quanto riguarda gli esiti, le aree di miglioramento sono le colecisti in Laparoscopia, i parti cesarei, il femore (proporzione di interventi chirurgici entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore in pazienti di età ≥ 65 anni). Rispetto al 2015 si osserva comunque un miglioramento in quasi tutte le aree. Ad esempio, per quanto concerne i punti nascita (Piove di Sacco con 389 parti, Casa di Cura di Abano con 826 parti), la soglia di ammissibilità di parti cesarei è abbassata dal 25% al 15%. Piove di Sacco si attesta al 20,1% (nel 2015 era il 32%), migliorando del 37,2% la propria performance e raggiungendo l'obiettivo regionale fissato al 25%, mentre nella struttura convenzionata di Abano i parti cesarei primari scendono al 14,5% dal valore di 21% del 2015.

Si conferma il calo del tasso di ospedalizzazione, sia grazie al miglior governo dell'appropriatezza dei ricoveri che alla maggiore integrazione ospedale territorio. In relazione ai ricoveri DH medici con finalità diagnostica, si riscontra un netto calo, raggiungendo l'obiettivo regionale.

I ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione sono essenzialmente ascrivibili alla struttura privata accreditata Parco dei Tigli, in particolare per i ricoveri di pazienti residenti fuori dalla Regione Veneto, per i quali non vi è un tetto regionale. Escludendo tale struttura, il risultato sarebbe ampiamente raggiunto.

Permangono critici i tempi di attesa per interventi per Tumore al colon retto, che superano l'obiettivo prefissato di una percentuale di poco superiore al 10%.

Nell'area Territoriale pressoché tutti gli obiettivi risultano raggiunti. Resta critico l'obiettivo C.4.2 - Percentuale di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita, pur in miglioramento rispetto allo scorso anno (+11,1%) e ormai molto vicino alla soglia del 15% indicata quale obiettivo.

In quest'area relativa agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, la possibilità di confronto, di individuazione delle best practice, di omogeneizzazione tra le tre ex Ulss è emersa già nel corso del 2016 quale opportunità sia per migliorare i servizi al cittadino che per implementare la performance aziendale.

AREA D: EQUILIBRIO ECONOMICO

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale	D.1.1	Rispetto del tetto di costo: Personale	2,00	€ 128.751.000	Raggiunto	€ 127.974.476,71
D.2	Equilibrio economico-finanziario;	D.2.1	Rispetto del risultato economico programmato	5,00	- 22 mln	Raggiunto	€ 21.771.480,07
		D.2.2	Variazione annuale del costo della produzione (+imposte e tasse)	5,00	≤ 0	Non raggiunto	Delta del costo di produzione pari a +€ 14.442.027 (effetto dell'incremento dei costi relativi ai rimborsi della Legge 210/1992 pari a circa 15,5 milioni di euro)
		D.2.3	Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	5,00	Indicatori da definire da parte della regione	Raggiunto	In attesa di valutazione regionale
		D.2.4	Rispetto dei tempi di pagamento programmati		SI	Raggiunto	Indice anno 2016: 0,72
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	D.3.1	Rispetto del pro capite pesato diretta classe A e H assegnato	2,00	Fascia A: € 41 Fascia H: € 33	Non raggiunto	Classe A: € 42 Classe H: € 43
		D.3.2	Rispetto del tetto di costo: farmaceutica territoriale	2,00	€ 57.004.221,00	Raggiunto	€ 56.421.087,95
		D.3.3	Rispetto del tetto di costo: farmaceutica ospedaliera	2,00	€ 36.807.277,00	Non raggiunto	Al netto dei farmaci anti Epatite C, la spesa è risultata pari ad € 38.020.876
		D.3.4	Rispetto del tetto di costo: DM	2,00	€ 12.299.757,00	Raggiunto	€ 11.796.925,61
		D.3.5	Rispetto del tetto di costo: IVD	1,00	€ 1.597.706,00	Raggiunto	€ 1.389.496,35
		D.3.6	Rispetto del tetto di costo: assistenza integrativa	1,00	€ 5.175.008,00	Raggiunto	€ 4.691.209,17
		D.3.7	Rispetto del tetto di costo: assistenza protesica	1,00	€ 15 pro-capite	Non raggiunto	€ 23,90
D.4	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	D.4.1	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	1	€ 49.796.100,00	Raggiunto	€ 49.416.118,60
		D.4.2	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori ospedalieri	1	1) l'importo rispetta il tetto previsto 2) sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati	Raggiunto	€ 53.747.500,00

Criticità ed opportunità

Si riporta nei punti seguenti il dettaglio dei tetti assegnati e, ove non rispettati, le motivazioni agli scostamenti dai tetti regionali assegnati.

Obiettivo D.1.1: Rispetto del tetto di costo personale

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA2080 Costo del personale	€ 128.739.000,00	127.974.476,71	-€ 764.523,29	-0,6%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
Obiettivo rispettato.

Obiettivo D.3.2: Rispetto del tetto di costo della farmaceutica territoriale

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0500 (B.2.A.2.1) – da convenzione	€ 57.004.221,00	56.421.087,95	-€ 583.133,05	-1,0%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
Obiettivo rispettato.

Obiettivo D.3.3: Rispetto del tetto di costo della farmaceutica ospedaliera

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0030 (B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	38.416.482,40	39.630.081,02	+ 1.213.598,62	+ 3,2%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia

"Il costo complessivo nell'anno 2016 per il conto di bilancio BA0030-Prodotti farmaceutici ed emoderivati è risultato di € 39.630.081. Al netto dei farmaci anti Epatite C, la spesa è risultata pari ad € 38.020.876, con uno sforamento del tetto del + 3,3% pari a € 1.213.599.

Gli incrementi della spesa sono riconducibili a:

- Farmaci intravitreali per l'UO Oculistica (Lucentis, Eylea, Ozurdex): a fine anno hanno portato ad un incremento di spesa pari a + € 645.000, con un incremento di quasi 1.000 iniezioni pari a + 142% rispetto al 2015;
- Farmaci in distribuzione diretta: vi è stato un incremento di + € 700.000 dovuto allo spostamento dell'erogazione dei farmaci antiblastici orali dalla spesa ospedaliera (UO Oncologia), alla distribuzione diretta che ha segnato un aumento anche per l'erogazione a pazienti che prima

facevano riferimento allo IOV (oltre 30 pazienti in più, con un incremento di quasi il 10% rispetto all'anno 2015, aumento inatteso di circa 260 mila) e più in generale, per i farmaci erogati in DPC, i principali incrementi di spesa sono stati registrati per la terapia anticoagulante orale (+1,1 mln di euro) e per i farmaci antidiabetici (+ 600 mila euro). Occorre rilevare che la distribuzione diretta e per conto contribuisce in misura determinante al raggiungimento dell'obiettivo del contenimento dei costi della farmaceutica convenzionata;

- Altri aumenti significativi sono riferibili alla maggiore spesa per farmaci stimolanti dell'ovulazione (+280 mila euro, con un incremento di 51 pazienti, pari al 28%), per la terapia cardiaca antianginosa (+210 mila euro, con un incremento di 257 pazienti, pari al 30%) e per l'acquisto di farmaci per la disfunzione erettile, per i quali sono state estese le indicazioni terapeutiche (+ 140 mila euro, con un incremento di 128 pazienti, pari al 284%).

Per quanto riguarda i farmaci per epatite C, il finanziamento regionale (Allegato C DGR 2269 del 31/12/2016) aveva assegnato € 2.009.901. La spesa sostenuta al netto delle Note di Credito (per trattamenti oltre le 12 settimane e pay back prezzo volume) è risultata pari a € 2.401.520. Vista la nota regionale prot. nr. 124509 del 28/03/2017 la spesa si riduce a € 1.609.205,40, conteggiando anche l'importo della NC arrivata nel 2017 su ordini del 2016 (€ 689. 670 di fine anno, inizialmente non conteggiata poiché non pervenuta entro il 31/12/2016)".

L'attività di monitoraggio continuo e di audit con le strutture interessate ha invece portato ad una significativa riduzione della spesa per farmaci antipsicotici ed anti-demenza (-340 mila euro) e riduzioni sensibili sono inoltre state registrate in relazione alla minor spesa per farmaci antitrombotici (-80 mila euro) e per farmaci immunostimolanti (-90 mila euro).

Obiettivo D.3.4: Rispetto del tetto di costo dispositivi medici (esclusi gli IVD)

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0210 (B.1.A.3) Dispositivi medici (senza IVD)	€ 12.299.757,00	€ 11.796.925,61	-€ 502.831,39	-4,1%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
Obiettivo raggiunto

Obiettivo D.3.5 Rispetto del tetto di costo IVD

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0240 (B.1.A.3.3) Dispositivi diagnostici in vitro (IVD)	1.597.706,73	1.389.496,35	-€ 208.210,38	-13,0%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
Obiettivo raggiunto

Obiettivo D.3.6 Rispetto del tetto di costo assistenza integrativa

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0700 (B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	€ 5.175.008,00	4.691.209,17	-€ 483.798,83	-9,3%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
Obiettivo raggiunto

Obiettivo D.3.7 Rispetto del tetto di spesa procapite assistenza protesica

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
Spesa procapite assistenza protesica	€ 15,00	€ 23,90	€ 8,90	59,3%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia

Oltre alle ragioni storiche, ossia la presenza in loco di alcuni centri di assistenza universitaria e/o di II e III livello (Centro Malattie Rare, Hospice pediatrico, Centro per il trattamento del piede diabetico etc.) non dipendenti dall'Azienda Ulss, che induce alti costi per la presenza di prescrittori di ausili innovativi e particolarmente costosi, rispetto al 2015 sono stati inseriti nei costi della protesica due importanti voci, non rendicontate usualmente da altre ULSS:

1. La spesa per i concentratori che per l'anno 2016 è stata di euro 626.423,63. L'utilizzo dei concentratori, che determina un aumento di 1,27 € procapite la spesa della protesica, concorre a ridurre i costi complessivi per l'azienda Ulss (essendo significativamente più economico dell'ossigeno liquido), e in particolare il costo dell'assistenza farmaceutica;

2. Il service delle pompe nutrizionali per i Distretti 1, 2 e 3 è un contratto con la ditta Nutricia per una spesa annua di euro 504.695,88 (calcolata con IVA al 4%), pari a oltre 1 € procapite. Anche questo contratto è comunque oggetto di valutazione da parte del Provveditorato.

Obiettivo D.2.1 Delta risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
	-22.000.000	**- 21.771.480,07**	**228.519,93**	**-1,4%**

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
L'obiettivo disposto dalla DGR Regionale 1632 del 21/10/2016 è stato raggiunto

Obiettivo D.2.2 *Variazione annuale del costo della produzione (+imposte e tasse)*

Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
Costo produzione rettificato	897.601.114	912.043.141	14.442.027	1,6%
Delta ricavi	90.282.644	93.095.507	2.812.863	3,0%

Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia
In riferimento al costo della produzione dell'anno 2016 si evidenzia che lo stesso subisce l'effetto dell'incremento dei costi relativi ai rimborsi della Legge 210/1992, pari a circa 15,5 milioni di euro (escluso dal calcolo le rivalutazioni degli arretrati), non bilanciati dal computo del corrispondente incremento dei ricavi, registrato al conto A.1.A.1.6) "da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di vincolati regionali". Al netto di tale effetto, l'obiettivo è ampiamente raggiunto, presentando uno scostamento del costo della produzione rettificato verso il 2015 pari a - 1.067.973 euro

AREA E: LISTE D'ATTESA

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013;	E.1.1	Rispetto Tempi d'attesa classe A	2,00	≥ 90%	Raggiunto	98,73%
		E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	2,00	≥ 90%	Raggiunto	98,74%
		E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	1,00	100%	Raggiunto	99,86%
		E.1.4	Rispetto Piano di riduzione dei tempi d'attesa aziendale	5,00	SI	Raggiunto	Restano alcune criticità rispetto alla soglia delle priorità in garantita 2. Si ritiene complessivamente raggiunto al 90% (4,5 punti su 5)
E.2	Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante;	E.2.1	Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	3,00	Riduzione di 2 branche critiche proposte dall'Azienda di almeno il 20% dello scostamento dallo standard e mantenimento nelle altre branche dei valori 2015	Non raggiunto	Le due branche selezionate Neurologia e nefrologia sono peggiorate in termini di scostamento.
E.3	Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche	E.3.1	Verifica della presenza del quesito diagnostico	1,00	≥ 90% delle impegnative con quesito diagnostico "congruo"	Raggiunto	Ultimo campionamento con esiti positivi
		E.3.2	Predisposizione di azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	1,00	Effettuazione di almeno 2 azioni con evidenza documentale	Raggiunto	Azioni effettuate.

Criticità ed opportunità

Per quanto concerne il rispetto del piano per la riduzione dei tempi di attesa (E.1.4) permane una sola criticità legata alla soglia delle priorità in "garantita 2", ossia dei pazienti che hanno rifiutato una prima possibile prenotazione della prestazione, nella sede e nell'orario proposto dal CUP. L'obiettivo si ritiene comunque complessivamente raggiunto al 90%, ipotizzando 4,5 punti presi e 0,5 persi. Si conferma un trend positivo anche per gli obiettivi E.1.1, E.1.2 e E.1.3.

Infine non è stato raggiunto l'obiettivo E.2.1 per una probabile errata valutazione sulla possibilità di intervenire efficacemente ed in tempi rapidi sulle branche individuate dall'azienda.

AREA F: RISPETTO CONTENUTI E TEMPISTICHE DEI FLUSSI INFORMATIVI NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
F.1	Completezza e tempestività delle SDO	F.1.1	Percentuale di sdo inviate sul totale delle sdo chiuse				NON DI COMPETENZA
		F.1.2	Risoluzione di anomalie di registrazione nel regime di ricovero	1,00	SI	Raggiunto	Nessuna anomalia segnalata nel flusso SDO.
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	F.2.1	Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	0,50	Vedi vademecum	Raggiunto	Laboratorio 93% Radiologia 57% Verbali PS 59% Lettere di dimissione 100% Verbali operatori: 25%
		F.2.2	Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati	0,25	Attivazione delle procedure di raccolta dei consensi e adeguamento alle specifiche reg.le su FSE	Raggiunto	Obiettivo raggiunto in collaborazione con Arsenàl.IT
		F.2.3	% di indicizzazione del Patient Summary sul totale della popolazione individuata	0,25	≥ 30%	N.D.	In attesa di valutazione ragionale.
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione e della ricetta cartacea	F.3.1	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	0,50	≥ 95%	Raggiunto	91%
		F.3.2	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	0,50	≥ 95%	Raggiunto	73% (Raggiunto in virtù del trend positivo)
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari;	F.4.1	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	1,00	SI	Raggiunto	Soddisfatte 9 soglie su 9
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extra ospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali;	F.5.1	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extra ospedaliera	0,20	Rispetto delle scadenze e invio del flusso senza errori bloccanti	Raggiunto	Nessun errore bloccante, rilevato nell'invio del flusso.
		F.5.2	Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e	0,20	Flusso senza errori bloccanti e implementazione del flusso nel sistema	Raggiunto	I dati di flusso nel sistema "Arcipelago" sono stati implementati.

COD.	OBIETTIVO	OB. DETT.	INDICATORE	PUNTI DGR	VALORE SOGLIA	VALUTAZIONE	NOTE
			semiresidenzialitàe xtra ospedaliera in area disabili nel 2014 (dgr 1059/2012).		Arcipelago		
		F.5.3	Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialitàextra ospedaliera	0,20	Flusso senza errori bloccanti e invio entro aprile 2017	Raggiunto	
		F.5.4	Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze	0,20	Utilizzo cartella CaCEDem per tutti i pazienti	Raggiunto	
		F.5.5	Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare	0,20	Rispetto della tempistica dei pagamenti	Raggiunto	Pagamenti ICD secondo le scadenze previste.

Criticità ed opportunità

In quest'area tutti gli obiettivi risultano raggiunti, salvo conferma per l'obiettivo F.2.3 relativo all'indicizzazione del Patient Summary, preso in carico dalla Regione. Per quanto riguarda l'obiettivo F.3.2, nonostante non siano stati raggiunti I valori soglia previsti, l'obiettivo si intende raggiunto in ragione del trend positivo.

3.2 Performance di struttura

CRITERI DI VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET

Gli obiettivi riportati nel paragrafo precedente sono stati attribuiti alle strutture aziendali coinvolte, associandoli a specifici indicatori, al fine ottenere una misura oggettiva ed omogenea dei risultati raggiunti. Ogni obiettivo infatti deve essere misurato con un indicatore numerico. Anche gli obiettivi non espressamente quantitativi sono stati associati ad una scala da 0 a 100 in valore percentuale. Nel caso specifico di indicatori dicotomici, con due valori opposti (si/no), è stato assegnato un risultato intermedio, approvato dalla Direzione Strategica afferente.

Al fine di avere valori confrontabili, tutti gli indicatori sono stati normalizzati secondo una scala lineare i cui estremi sono il valore nullo, che corrisponde ad assenza di ogni risultato, ed il valore di soglia da raggiungere per soddisfare l'obiettivo.

Qualora un obiettivo non sia stato attivato per motivi terzi indipendenti dalla UOC/SSD, ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati, questo è stato considerato come non valutabile ed escluso dal meccanismo di valutazione. L'eventuale peso assegnato allo stesso, è stato riproporzionato tra gli altri obiettivi della UOC/SSD.

VALUTAZIONE FINALE DEI RISULTATI

Al termine del processo di misurazione degli indicatori, espressi in percentuale 0-100%, per ogni Struttura valutata si è calcolata la media aritmetica; il risultato (media) è stato riaggregato in quattro gruppi di punteggi finali di valutazione secondo lo schema riportato di seguito.

RISULTATO	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
0 % – 30 %	0 %
31 % - 80 %	punteggio raggiunto
81 % – 90%	90 %
91 % – 100%	100 %

SOGGETTI INTERVENUTI NELLA VALUTAZIONE

I soggetti intervenuti nella fase di misurazione e valutazione dei risultati sono:

a) Il Direttore Generale dell'Azienda e i Direttori di Area (Sanitario, Amministrativo, dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale), principale promotori della cultura di responsabilità per il miglioramento dei risultati, del merito, della trasparenza e dell'integrità;

b) I Dirigenti coinvolti nei processi;

c) l'Organismo indipendente di valutazione (OIV). Istituito con delibere n. 181 del 22 marzo 2013 e n. 408 del 31 maggio 2013, OIV è preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e

valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell'intero processo, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 nonché dalla DGRV 2205/2012.

PERFORMANCE IN AREA OSPEDALIERA

UNITÀ DI BUDGET	PUNTI RAGGIUNTI	PUNTI NON RAGGIUNTI	PUNTI DA VERIFICARE	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
MEDICINA OSA	93	7	-	100
GERIATRIA OSA	90	10	-	90
LUNGODEGENZA	83	17	-	90
MEDICINA OPS	91	9	-	100
GERIATRIA OPS (e LUNGODEGENZA)	90	10	-	90
GASTROENTEROLOGIA OSA	96	4	-	100
NEUROLOGIA OSA	91	9	-	100
NEUROLOGIA OPV	100	0	-	100
CARDIOLOGIA OPS OSA	87	13	-	90
ONCOLOGIA OPS	91	9	-	100
CHIRURGIA OPS	93	7	-	100
CHIRURGIA OSA	97	3	-	100
ORTOPEDIA OSA	89	11	-	90
ORTOPEDIA OPV	98	2	-	100
OCULISTICA OSA OPV	81	19	-	90
UROLOGIA OSA	92	8	-	100
UROLOGIA OPV	88	12	-	90
ORL OPS	100	0	-	100
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	95	5	-	100
PRONTO SOCCORSO OSA	94	6	-	100
PRONTO SOCCORSO OPS	96	4	-	100
ANESTESIA OSA	99	1	-	100
ANESTESIA OPV	98	2	-	100
LABORATORIO	97	3	-	100
RADIOLOGIA OSA	100	0	-	100
RADIOLOGIA OPV	98	2	-	100
REC RIED FUNZ	94	6	-	100
FARMACIA OSPEDALIERA	99	1	-	100
FARMACIA TERRITORIALE	96	4	-	100
DIREZIONE MEDICA OSA	99	1	-	100
DIREZIONE MEDICA OPV	93	7	-	100
DPT IMMUNOSTRASFUSIONALE	100	0	-	100

PERFORMANCE IN AREA TERRITORIALE

UNITÀ DI BUDGET	PUNTI RAGGIUNTI	PUNTI NON RAGGIUNTI	PUNTI DA VERIFICARE	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
S.C. ASSISTENZA TERRITORIALE ADULTI ANZIANI	87,7		12,3	
S.C. ATTIVITA' DELEGATE	90		10	
S.C. PIANIFICAZIONE E VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA	95	5		100
S.C. ATTIVITA' SPECIALISTICA	90,8	9,2		100
S.C. CURE PALLIATIVE	91,0	9		100
S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	86,5		13,5	
S.C. DIABETOLOGIA	95,4	4,6	-	100
S.C. SERVIZIO DIPENDENZE	96,9	3,1	-	100
S.C. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 1	87		13	
S.C. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 2	87		13	
S.C. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 3	87		13	
S.C. RESIDENZIALITA' INTERMEDIA	89,7		10,3	
S.C. INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA	96	4	-	100
S.S. SANITA' PENITENZIARIA	98	2	-	100
S.C. PSICHIATRIA I	91,7	8,3	-	100
S.C. PSICHIATRIA II	94,5	5,5	-	100
S.C. PSICHIATRIA III	91,6	8,4	-	100
S.S. PSICHIATRIA PIOVE DI SACCO	97,4	2,6	-	100

PERFORMANCE IN AREA DELLA PREVENZIONE

UNITÀ DI BUDGET	PUNTI RAGGIUNTI	PUNTI NON RAGGIUNTI	PUNTI DA VERIFICARE	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA	82,3		17,7	
S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE	80		20	
S.C. PREVENZIONE, IGIENE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	100			100
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONE ZOOTECNICHE	99,5	0,5		100
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E DERIVATI	60		40	
SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	100			100

PERFORMANCE IN AREA AMMINISTRATIVA E STAFF

UNITÀ DI BUDGET	PUNTI RAGGIUNTI	PUNTI NON RAGGIUNTI	PUNTI DA VERIFICARE	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
S.C. CONTROLLO DI GESTIONE	94	6	-	100
S.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	92,2	7,8	-	100
S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	88		12	
S.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE	94	6	-	100
S.C. ECONOMICO FINANZIARIO	93	7	-	100
S.C. DIREZIONE AMM.VA OSPEDALIERA	93	7	-	100
S.C. GESTIONE MEDICINA CONVENZIONATA	84		16	
S.C. SISTEMA INFORMATIVO	87		13	
S.C. AFFARI GENERALI	92,5	7,5	-	100
S.C. GESTIONE PATRIMONIO	85,5		14,5	
S.C. SERVIZIO TECNICO PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE	90		10	
S.S. UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	84,0	-	16	
S.C. ACCREDITAMENTO	67,5	-	32,5	
S.S. ANTICORRUZIONE	35	6	59	
S.S. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	94	6		100
S.S. MEDICO COMPETENTE	100			100

3.3Obiettivi individuali

La valutazione è intesa sia come strumento privilegiato per la valorizzazione delle risorse umane sia come processo formalizzato di supporto alla crescita professionale, reso possibile attraverso il costante miglioramento delle prestazioni.

Per quanto riguarda la valutazione individuale, gli accordi integrativi vigenti, prevedono due procedimenti di valutazione diversi per il personale del comparto e per il personale dell'area della dirigenza.

AREA DEL COMPARTO

Il sistema di valutazione, di cui all'accordo integrativo del 27.06.2005, scinde in due momenti le aree finalizzate l'una alla progressione di carriera e l'altra all'istituto incentivante, mediante l'inserimento di elementi oggettivi, atti a garantire trasparenza tra le parti coinvolte.

Il documento studiato a tale scopo è denominato "D.I.V." Documento di Valutazione Individuale (come previsto dal Contratto Integrativo Aziendale del 27/06/2005):

- Ha lo scopo di rafforzare e confermare il metodo della valutazione quale strumento per lo sviluppo delle professionalità e della progressione economica;
- Raccoglie in un unico documento gli elementi atti a contraddistinguere la conoscenza, la capacità e la qualità dell'individuo;
- È caratterizzato dall'individuazione di aree distinte della capacità e della conoscenza. All'interno di ciascuna area sono individuati dei criteri di verifica, volti a misurare la professionalità del singolo dipendente.

Le due aree distinte (Capacità e Conoscenza) sono di seguito illustrate:

- **Area Capacità (per l'attribuzione della quota di produttività)**: i criteri permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività della Struttura di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produttività.

  Tale area viene valutata attraverso i seguenti criteri:

  1. Orientamento al risultato: abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale;
  2. Impegno, partecipazione e qualità della prestazione: competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nella Struttura di afferenza, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione;
  3. Adattabilità: disponibilità al cambiamento, determinata dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, per migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.

- **Area Conoscenza (valevole per la progressione economica):** i criteri permettono di determinare la correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Tale area viene monitorata attraverso i seguenti criteri, per ognuno dei quali sono previsti 4 parametri di verifica

1. Responsabilità: affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di afferenza, compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti, adottando le linee guida e i protocolli della struttura di afferenza definiti dall'azienda.
2. Relazioni: lavorare con l'equipe/gruppo della propria struttura di afferenza con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale dove le competenze e le responsabilità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.
3. Autonomia: gestire in modo autonomo le linee guida e i protocolli attuativi interni ed esterni alla Struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.

La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, di concerto con il coordinatore per il ruolo sanitario, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

AREA DELLA DIRIGENZA

Il sistema di valutazione, di cui agli accordi integrativi del 11.12.2015 e del 24.10.2016, è basato sul grado di raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali quantitativi espressamente e preventivamente affidati dal direttore dell'U.O. con criteri di valutazione oggettivi e misurabili (di processo e di esito). Tali obiettivi devono essere raggiungibili e di pari peso complessivo tra i componenti dell'equipe e sono riferiti a specifiche e preventive indicazioni formalizzate dai direttori di U.O. e verificate dal controllo di gestione. Il processo di valutazione per l'anno 2016 è attualmente in fase di elaborazione.

Per entrambe le aree (Medica e Veterinaria e SPTA), il processo di valutazione è finalizzato anche all'erogazione della retribuzione di risultato e di produttività, il cui saldo verrà erogato nella prima mensilità utile, dopo la validazione dell'Organismo Interno di Valutazione.

A livello aziendale tale attività è presidiata dalla struttura Amministrazione del personale.

La fase finale del Ciclo delle Performance prevede la ripartizione delle risorse premianti derivanti dai fondi contrattuali sulla base dei seguenti criteri:

- Individuazione del budget di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, misurati e attestati dall'OIV (performance organizzativa);
- Ripartizione all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo individuo (performance individuale).

SINTESI DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE PER L'ANNO 2016

Comparto

Per l'anno di riferimento 2016, la valutazione di ogni dipendente è già stata effettuata, attraverso la compilazione della scheda DIV su apposita procedura informatica, aperta dall'8 maggio al 1 giugno 2017. Il termine per la possibilità di proporre ricorso da parte del dipendente è stato fissato al 30.06.2017.

Si rilevano nr. 2.549 valutati, attraverso 2.717 schede valutative (periodi differenziati), e il numero di ricorsi proposti è pari a 9. Gli stessi saranno valutati in seconda istanza da apposita commissione.

Dirigenza Medica, Veterinaria e SPTA

Il percorso concordato per la Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria nell'accordo integrativo di Dicembre 2015, alla luce delle peculiarità degli eventi che hanno caratterizzato il 2016, non ha trovato uniforme e completa attuazione in tutte le strutture aziendali, anche a causa dell'elevata complessità del meccanismo, teoricamente corretto ma con rilevanti difficoltà di concreta realizzazione. Si fa presente, inoltre, che tale meccanismo avrebbe dovuto essere attivato solo per l'anno 2016, in quanto nel 2017 si deve necessariamente procedere alla definizione di un nuovo accordo integrativo unico per la nuova Azienda Ulss 6 Euganea.

Alla luce di tale premessa, la soluzione alternativa che è stata concordata è che la valutazione individuale corrisponda alla valutazione della Struttura Complessa di afferenza, così come definita dal sistema di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget, a seguito della validazione dell'OIV della relazione delle performance aziendali. Tale soluzione temporanea era già stata prevista dal citato accordo sindacale per gli anni cosiddetti "transitori" (punto 7), che prevede che "i dirigenti vengono pertanto 'premiati' per il raggiungimento degli obiettivi assegnati all'unità operativa di appartenenza che abbiano garantito l'apporto di tutta l'equipe per supplire eventuali carenze di colleghi affermando, con ciò, una concreta solidarietà tra tutti gli operatori di uno stesso gruppo di lavoro:

- % di raggiungimento degli obiettivi di budget tra il 71% ed il 90% →% applicata 90%
- % di raggiungimento degli obiettivi di budget tra il 91% ed il 100% →% applicata 100%".

Si procederà, dunque, ad applicare tale meccanismo per le aree contrattuali interessate.

4. Risorse, efficienza ed economicità

Il Bilancio d'esercizio 2016 mostra una perdita di esercizio di **euro –21.771.480,07** riferita interamente all'area sanitaria, con un miglioramento rispetto al 2015 di 3 milioni di euro (-12,2%).

La perdita risulta in linea con gli obiettivi regionali per l'anno 2016 che con Delibera di Giunta Regionale n. 1632 del 21/10/2016, ha sancito che l'obiettivo di risultato economico programmato per l'Azienda Ulss 16 è fissato in euro – 22.000.000.

Il conto economico mette in evidenza l'incidenza, sia in valore assoluto che in percentuale dei vari fattori produttivi, rispettivamente, sul totale del valore della produzione e dei costi della produzione. Si rileva in questo caso l'incidenza dei servizi sanitari sul costo della produzione che rappresenta il 74,2% sul totale e, in particolare, l'incidenza degli acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera.

L'analisi delle rendicontazioni trimestrali evidenzia un andamento in miglioramento, infatti il BEP 2016 presentava una perdita pari ad euro - 42.943.983 mentre nel III trimestre è pari ad euro – 35.913.627 e nel quarto trimestre pari ad euro – 24.217.319 con uno scostamento positivo rispetto al BEP 2016 di euro + 21.172.503,85.

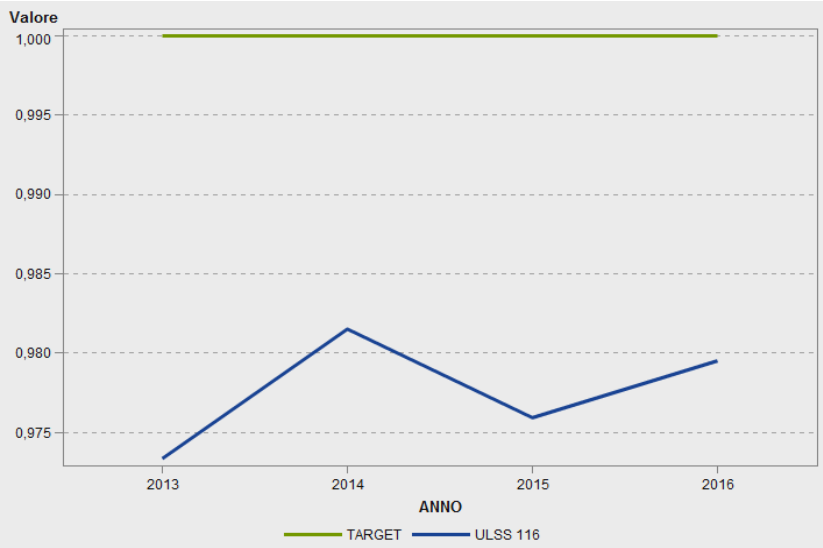
L'analisi del valore della produzione indica uno scostamento positivo, rispetto al preventivo 2016, di 20,9 milioni di euro, da attribuirsi, in via principale, alla voce contributi a titolo di indistinta e contributi vincolati; in particolare ai contributi vincolati della legge 210/1992; relativi alle liquidazioni e dei pagamenti degli indennizzi dei soggetti danneggiati per l'intera regione.

Gli scostamenti più significativi del costo della produzione si registrano nelle voci per "Acquisto di beni " – 8,9 milioni, in particolare per beni sanitari; acquisti di servizi sanitari con una riduzione di -1.5 milioni di euro; costo del personale che rappresenta un miglioramento di 1,0 milioni; ammortamenti che, per effetto della riduzione dei finanziamenti per investimenti, indicano una riduzione di spesa pari ad euro – 2,4 milioni; infine si rappresenta una riduzione degli accantonamenti di – 1,1 milioni.

Per quanto attiene il rispetto dei limiti di costo, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 2525 del 23/12/2015, il bilancio di esercizio 2016 vede il loro rispetto, collocandosi al di sotto, per le voci di costo riguardanti i dispositivi medici ed i dispositivi medico diagnostici in vitro, gli acquisti di servizi sanitari per farmaceutica da convenzione ed il costo del personale. La voce di costo riferita ai prodotti farmaceutici ed emoderivati si colloca sopra il tetto definito con la citata DGRV a causa degli acquisti determinati dalla distribuzione per conto e dei farmaci ad alto costo per le malattie rare, anticoagulanti orali e antidiabetici; allo stesso modo, si colloca leggermente superiore al limite la voce di costo per acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa, legata a pazienti celiaci e diabetici ed al loro ricorso alle forniture in farmacia per il ritiro dei presidi.

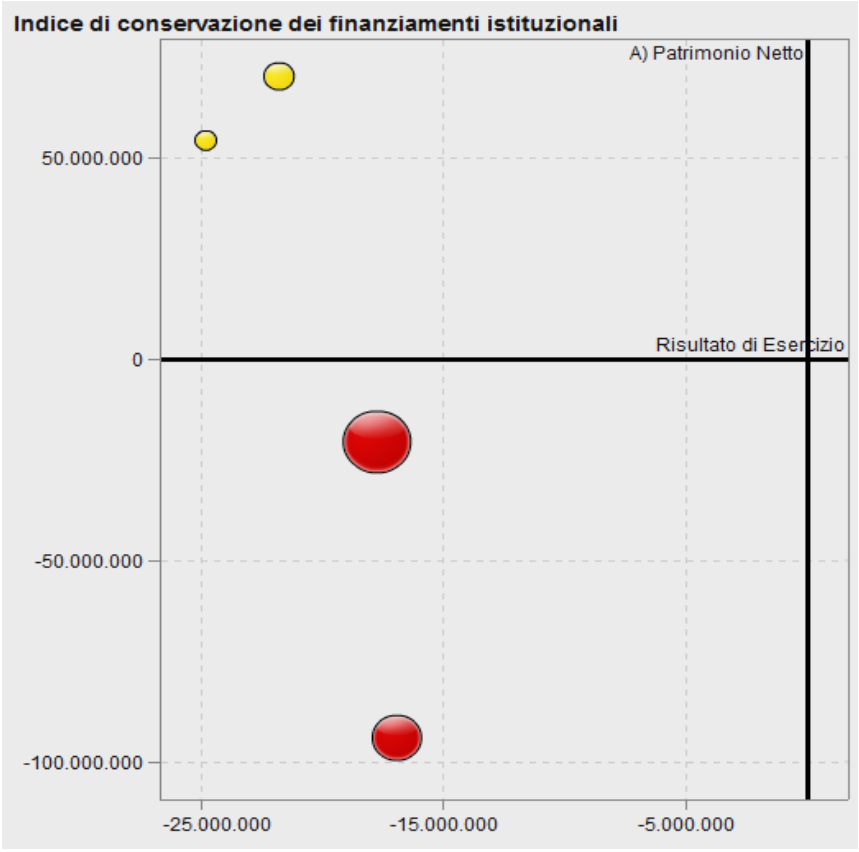
Si rappresentano, di seguito, alcuni dei principali indici di bilancio contenuti nella relazione alla gestione nonché lo Stato Patrimoniale Sintetico a valore assoluto e percentuale e lo Conto Economico Sintetico a valore assoluto e percentuale.

Equilibrio economico sanitario		
Valore informativo Il rapporto consente di valutare la capacità da parte dell'azienda di ripristinare le risorse utilizzate per la gestione caratteristica attraverso le opportune fonti reddituali previste per le aziende sanitarie.		
Modalità di costruzione ***Valore della Produzione (A)*** ***Costo della Produzione (B) + Irap (Y1)***		
953.185.792,7 973.114.440,61	0,98	Valore obiettivo: ≥ 1



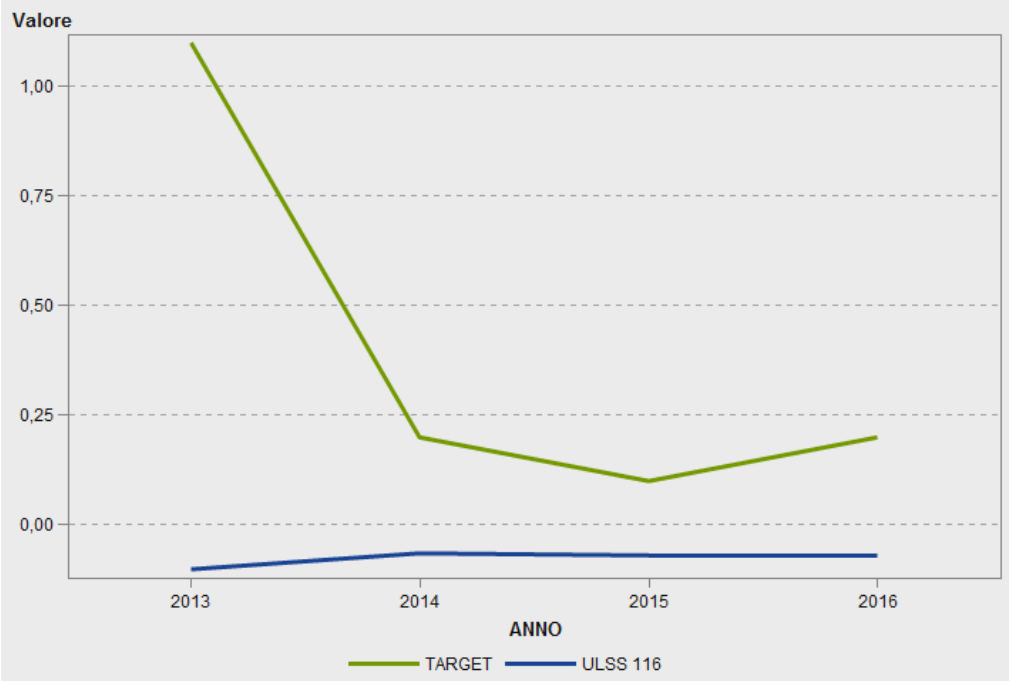
L'indice evidenzia il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico,che dovrebbe attestarsi ad un valore pari ad uno o maggiore. Tutto ciò nonostante vi sia un lieve miglioramento rispetto all'anno 2015; infatti l'indice dell'anno 2015 era pari a 0,9759 mentre per l'anno 2016 l'indice si attesta a 0,9795. Le risorse assegnate risultano non ancora sufficienti a coprire il fabbisogno economico.

Indice di conservazione dei finanziamenti istituzionali		
Valore informativo Tale indice segnala in maniera oggettiva le situazioni di criticità legate al sotto finanziamento di particolari realtà aziendali piuttosto che al sovra finanziamento di altre da parte della Regione (in particolare per il finanziamento degli investimenti e per i contributi per ripiano perdite).		
Modalità di costruzione ***Risultato d'Esercizio*** ***Patrimonio Netto (PN)***		
-21.771.480,07 70.168.138,99	-0,31	Valore obiettivo: ≥ 0 (*con numeratore e denominatore positivi)*



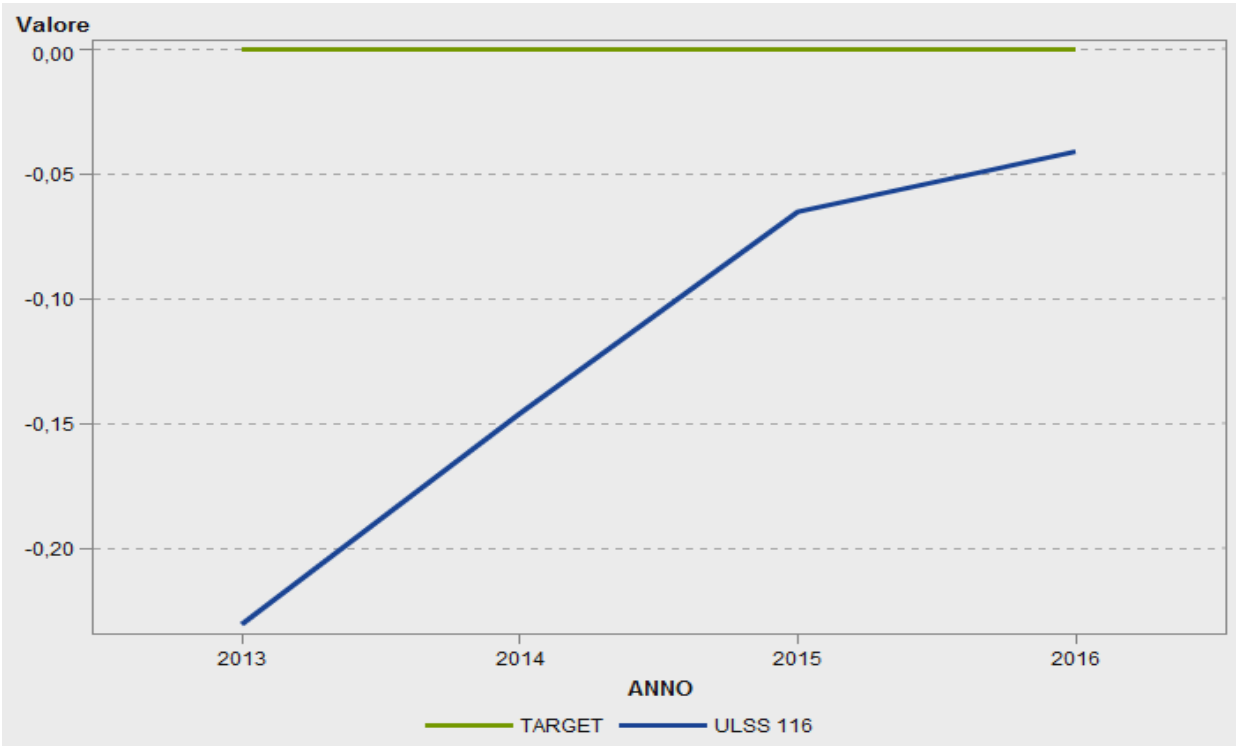
Pur evidenziando anche in questo caso uno sviluppo favorevole rispetto all'anno 2015, per effetto anche del miglioramento del Patrimonio netto, l'indice non raggiunge l'obiettivo, cioè maggiore o uguale a zero, per effetto della perdita d'esercizio che evidenzia una situazione di criticità. Si ribadisce comunque che la perdita rientra nei parametri regionali per l'anno 2016 (22,00 milioni di euro).

ROI (Return on Investment)		
Valore informativo Il ROI è un indice che viene utilizzato per monitorare il tasso di rendimento degli investimenti effettuati nel corso del periodo e, nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, permette di mettere in relazione aspetti economici con aspetti patrimoniali. Infatti, con indice positivo, la gestione ordinaria rispetta il vincolo dell'equilibrio economico e contribuisce alla produzione di risorse finalizzate al sostegno delle fonti di finanziamento che si sono attivate nel corso dell'esercizio. Viceversa, con indice negativo, la gestione ordinaria non rispetta il vincolo dell'equilibrio economico e di conseguenza le modalità con cui vengono utilizzate le fonti di finanziamento non consentono di creare il valore economico necessario per il sostegno degli impieghi. Per una maggiore efficacia dell'analisi si confronta il risultato dell'indice con il tasso medio di inflazione calcolato annualmente dall'Istat, che mette in rapporto il potere d'acquisto del denaro rispetto a determinate modalità di impiego (paniere di beni prestabiliti).		
Modalità di costruzione ***Risultato operativo della gestione ordinaria*** ***Totale attivo***		
-18.817.823,66 282.005.326,08	-0,07	Valore obiettivo: >Tasso medio di inflazione (da confrontare anche con indice di onerosità dei debiti)



L'indice evidenzia il mancato rispetto delle condizioni di equilibrio, pertanto, la gestione caratteristica non è sufficiente per sostenere gli impieghi. Se si analizza l'indice considerando anche il tasso di inflazione pari a -0,1 e il tasso di onerosità dei debiti finanziari pari a -0,32 al 31/12/2016, si mostra un redditività maggiore rispetto al mercato per l'indice in esame.

Indice di elasticità finanziaria		
Valore informativo È dato dal rapporto tra il capitale circolante netto e il valore della produzione dell'azienda. Il numeratore segnala la capacità di produrre liquidità (immediata o differita) disponibile a breve termine e il denominatore è dato dalla somma delle componenti positive di reddito rappresentate dalle voci di ricavo del conto economico (valore della produzione). Il rapporto consente la comparazione relativa tra le aziende sanitarie del sistema regionale Veneto.		
Modalità di costruzione $\frac{\textbf{Capitale Circolante Netto}}{\textbf{Valore della Produzione}}$		
-39.193.208,94 945.206.498,78	-0,04	Valore Obiettivo: ≥ 0



L'indicatore è migliorato in misura rilevante negli ultimi cinque anni: infatti, il valore nel 2012 si attestava a – 0,27 mentre per l'anno 2016 è di -0,04 per effetto dell'aumento del valore della produzione.

STATO PATRIMONIALE SINTETICO A VALORE ASSOLUTO E PERCENTUALE

ANNO 2016 — SCHEMA DI BILANCIO: *STATO PATRIMONIALE*	VALORE ANNO T (in valore assoluto)	VALORE ANNO T (in valore % su macro voce di appartenenza)
A) IMMOBILIZZAZIONI		
I Immobilizzazioni immateriali	**2.687.899**	**2,3%**
II Immobilizzazioni materiali	**114.140.674**	**97,7%**
III Immobilizzazioni finanziarie	**28.667**	**0,0%**
Totale A)	**116.857.240**	**41,4%**
B) ATTIVO CIRCOLANTE		
I Rimanenze	**11.397.954**	**6,9%**
II Crediti	**96.682.299**	**58,7%**
1) Crediti v/Stato	606.453	0,6%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma	82.417.795	85,2%
3) Crediti v/Comuni	96.487	0,1%
4) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire	5.435.151	5,6%
5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	45.601	0,0%
6) Crediti v/Erario	719.168	0,7%
7) Crediti v/altri	7.361.644	7,6%
III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni	**-**	**0,0%**
IV Disponibilità liquide	**56.668.225**	**34,4%**
1) Cassa	80.052	0,1%
2) Istituto Tesoriere	56.579.050	99,8%
3) Tesoreria Unica	-	0,0%
4) Conto corrente postale	9.123	0,0%
Totale B)	**164.748.477**	**58,4%**
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI		
I Ratei attivi	**-**	**0,0%**
II Risconti attivi	**399.609**	**100,0%**
Totale C)	**399.609**	**0,1%**
TOTALE ATTIVO (A+B+C)	**282.005.326**	
A) PATRIMONIO NETTO		
I Fondo di dotazione	**-0**	**-0,0%**
II Finanziamenti per investimenti	**86.051.475**	**122,6%**
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione	21.552.394	25,0%
2) Finanziamenti da Stato per investimenti	29.180.336	33,9%
3) Finanziamenti da Regione per investimenti	11.066.161	12,9%
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti	-	0,0%
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio	24.252.584	28,2%
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti	**5.888.144**	**8,4%**
IV Altre riserve	**0**	**0,0%**
V Contributi per ripiano perdite	**59.431.508**	**84,7%**
VI Utili (perdite) portati a nuovo	**-59.431.508**	**-84,7%**
VII Utile (perdita) dell'esercizio	**-21.771.480**	**-31,0%**
Totale A)	**70.168.139**	**24,9%**
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI		
I Fondi per imposte, anche differite	**83.476**	**0,6%**
II Fondi per rischi	**8.028.367**	**55,8%**
III Fondi da distribuire	**-**	**0,0%**
IV Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati	**2.241.176**	**15,6%**
V Altri fondi oneri	**4.044.904**	**28,1%**
Totale B)	**14.397.922**	**5,1%**
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO		
I Premi operosità	**5.525.208**	**100,0%**
II TFR personale dipendente	**-**	**0,0%**
Totale C)	**5.525.208**	**2,0%**

le

D) DEBITI		
I Mutui passivi	-	0,0%
II Debiti v/Stato	62.486	0,0%
III Debiti v/Regione o Provincia Autonoma	44.473.000	23,3%
IV Debiti v/Comuni	4.114.436	2,2%
V Debiti v/aziende sanitarie pubbliche	8.320.803	4,4%
VI Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	127.762	0,1%
VII Debiti v/fornitori	113.587.437	59,6%
VIII Debiti v/Istituto Tesoriere	0	0,0%
IX Debiti tributari	985.188	0,5%
X Debiti v/altri finanziatori	-	0,0%
XI Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale	6.445.523	3,4%
XII Debiti v/altri	12.582.911	6,6%
Totale D)	190.699.546	67,6%
E) RATEI E RISCONTI PASSIVI		
I Ratei passivi	5.336	0,4%
II Risconti passivi	1.209.175	99,6%
Totale E)	1.214.510	0,4%
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E)	282.005.326	

CONTO ECONOMICO SINTETICO A VALORE ASSOLUTO E PERCENTUALE

ANNO 2016 — SCHEMA DI BILANCIO *CONTO ECONOMICO*	VALORE ANNO T (in valore assoluto)	VALORE ANNO T (in valore % su macro voce di appartenenza)
A) VALORE DELLA PRODUZIONE		
1) Contributi in c/esercizio	**821.530.725**	**86,2%**
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	**-6.020.422**	**-0,6%**
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	**4.201.263**	**0,4%**
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	**99.977.106**	**10,5%**
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	**9.624.315**	**1,0%**
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	**12.251.881**	**1,3%**
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	**7.979.294**	**0,8%**
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	**-**	**0,0%**
9) Altri ricavi e proventi	**3.641.632**	**0,4%**
Totale A)	**953.185.794**	**100,0%**
B) COSTI DELLA PRODUZIONE		
1) Acquisti di beni	**58.697.728**	**6,1%**
a) Acquisti di beni sanitari	57.548.129	98,0%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.149.598	2,0%
2) Acquisti di servizi sanitari	**715.742.401**	**74,2%**
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	54.890.899	7,7%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	59.022.971	8,2%
c) Acquisti di servizi sanitari per assitenza specialistica ambulatoriale	119.120.355	16,6%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.864.674	0,5%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	4.691.209	0,7%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	6.038.262	0,8%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	243.177.642	34,0%
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	5.469.584	0,8%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	47.886.543	6,7%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	14.869.124	2,1%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	5.798.854	0,8%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	79.302.864	11,1%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.658.467	0,5%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	42.928.213	6,0%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosa	2.338.388	0,3%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	22.684.352	3,2%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	0,0%
3) Acquisti di servizi non sanitari	**33.041.208**	**3,4%**
4) Manutenzione e riparazione	**8.766.286**	**0,9%**
5) Godimento di beni di terzi	**1.282.594**	**0,1%**
6) Costi del personale	**127.974.477**	**13,3%**
7) Oneri diversi di gestione	**2.166.864**	**0,2%**
8) Ammortamenti	**9.902.418**	**1,0%**
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	**695.136**	**0,1%**
10) Variazione delle rimanenze	**292.702**	**0,0%**
11) Accantonamenti	**5.462.510**	**0,6%**
Totale B)	**964.024.324**	**100,0%**
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	**-10.838.530**	
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	**-772.056**	**98,8%**
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	**-9.258**	**1,2%**
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	**-702.589**	**100,0%**
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	**-12.322.433**	
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	**9.449.048**	**100,0%**
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**-21.771.481**	

COMPARAZIONE SUL BIENNIO DELLE PRINCIPALI VOCI DI BILANCIO

Le tabelle successive illustrano il trend dell'ultimo biennio con riferimento alle principali voci di Conto Economico e Stato Patrimoniale evidenziando l'analisi degli scostamenti tra i due anni considerati. Un approfondimentopuntuale per singole poste di bilancio è sviluppata nella Relazione alla gestione.

SCHEMA DI BILANCIO *Decreto Interministeriale 20 marzo 2013*	Anno 2016	Anno 2015	Analisi Scostamenti	
			in valore assoluto	*in valore %*
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	**953.185.792,74**	**925.056.553,05**	**28.129.239,69**	**3,0%**
1) Contributi in c/esercizio	**821.530.724,82**	**804.282.584,40**	**17.248.140,42**	**2,1%**
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	809.231.595,91	798.875.235,65	10.356.360,26	1,3%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	12.144.539,26	5.032.738,91	7.111.800,35	141,3%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	14.209,50	505.908,07	-491.698,57	-97,2%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copert	-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copert	-	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	251.416,67	161.132,29	90.284,38	56,0%
6) Contributi da altri soggetti pubblici	11.878.913,09	4.365.698,55	7.513.214,54	172,1%
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-
4) da privati	-	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	154.589,65	374.609,84	-220.020,19	-58,7%
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	**-6.020.422,36**	**-12.653.643,53**	**6.633.221,17**	**-52,4%**
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	**4.201.262,60**	**1.836.221,26**	**2.365.041,34**	**128,8%**
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	**99.977.105,84**	**99.413.691,97**	**563.413,87**	**0,6%**
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	67.772.207,64	66.258.587,95	1.513.619,69	2,3%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	5.561.269,69	5.814.711,80	-253.442,11	-4,4%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	26.643.628,51	27.340.392,22	-696.763,71	-2,5%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	**9.624.314,64**	**9.989.715,13**	**-365.400,49**	**-3,7%**
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	**12.251.881,26**	**12.625.591,82**	**-373.710,56**	**-3,0%**
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	**7.979.293,96**	**7.692.042,58**	**287.251,38**	**3,7%**
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	**-**	**-**	**-**	**-**
9) Altri ricavi e proventi	**3.641.631,98**	**1.870.349,42**	**1.771.282,56**	**94,7%**
Totale A)	**953.185.792,74**	**925.056.553,05**	**28.129.239,69**	**3,0%**
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	**964.024.322,44**	**938.651.635,34**	**25.372.687,10**	**2,7%**
1) Acquisti di beni	**58.697.727,65**	**59.671.285,48**	**-973.557,83**	**-1,6%**
a) Acquisti di beni sanitari	57.548.129,22	57.986.532,48	-438.403,26	-0,8%
b) Acquisti di beni non sanitari	1.149.598,43	1.684.753,00	-535.154,57	-31,8%
2) Acquisti di servizi sanitari	**715.742.400,63**	**690.849.341,31**	**24.893.059,32**	**3,6%**
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	54.890.898,81	53.449.268,76	1.441.630,05	2,7%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	59.022.970,95	60.398.718,93	-1.375.747,98	-2,3%
c) Acquisti di servizi sanitari per assitenza specialistica ambulatoriale	119.120.354,79	117.937.568,35	1.182.786,44	1,0%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	3.864.674,00	3.898.640,35	-33.966,35	-0,9%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	4.691.209,17	4.701.160,75	-9.951,58	-0,2%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	6.038.262,20	5.931.190,09	107.072,11	1,8%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	243.177.641,83	238.898.837,89	4.278.803,94	1,8%
h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale	5.469.584,04	5.858.241,54	-388.657,50	-6,6%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	47.886.542,77	46.920.056,27	966.486,50	2,1%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	14.869.124,32	15.078.556,92	-209.432,60	-1,4%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	5.798.853,56	5.568.686,84	230.166,72	4,1%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	79.302.864,45	78.817.138,63	485.725,82	0,6%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.658.466,95	4.062.086,26	-403.619,31	-9,9%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	42.928.213,02	22.941.189,19	19.987.023,83	87,1%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	2.338.387,52	2.784.822,45	-446.434,93	-16,0%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	22.684.352,25	23.603.178,09	-918.825,84	-3,9%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-	-

3) Acquisti di servizi non sanitari	**33.041.208,09**	**33.489.095,77**	**-447.887,68**	**-1,3%**
a) Servizi non sanitari	31.869.519,49	32.375.924,71	-506.405,22	-1,6%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	934.283,97	883.321,04	50.962,93	5,8%
c) Formazione	237.404,63	229.850,02	7.554,61	3,3%
4) Manutenzione e riparazione	**8.766.285,74**	**7.277.829,33**	**1.488.456,41**	**20,5%**
5) Godimento di beni di terzi	**1.282.593,89**	**1.618.372,77**	**-335.778,88**	**-20,7%**
6) Costi del personale	**127.974.476,71**	**129.320.737,75**	**-1.346.261,04**	**-1,0%**
a) Personale dirigente medico	38.074.907,01	38.713.953,49	-639.046,48	-1,7%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	4.789.193,70	4.758.106,61	31.087,09	0,7%
c) Personale comparto ruolo sanitario	53.571.106,23	54.107.159,01	-536.052,78	-1,0%
d) Personale dirigente altri ruoli	2.316.607,77	2.240.801,18	75.806,59	3,4%
e) Personale comparto altri ruoli	29.222.662,00	29.500.717,46	-278.055,46	-0,9%
7) Oneri diversi di gestione	**2.166.863,68**	**1.706.011,85**	**460.851,83**	**27,0%**
8) Ammortamenti	**9.902.418,44**	**10.571.565,80**	**-669.147,36**	**-6,3%**
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	696.768,11	647.717,94	49.050,17	7,6%
b) Ammortamenti dei Fabbricati	4.116.575,85	4.035.704,88	80.870,97	2,0%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.089.074,48	5.888.142,98	-799.068,50	-13,6%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	**695.136,02**	**94.913,73**	**600.222,29**	**632,4%**
10) Variazione delle rimanenze	**292.701,58**	**-1.365.087,82**	**1.657.789,40**	**-121,4%**
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	252.757,67	-1.513.016,50	1.765.774,17	-116,7%
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	39.943,91	147.928,68	-107.984,77	-73,0%
11) Accantonamenti	**5.462.510,01**	**5.417.569,37**	**44.940,64**	**0,8%**
a) Accantonamenti per rischi	3.315.752,71	3.770.275,68	-454.522,97	-12,1%
b) Accantonamenti per premio operosità	318.508,82	319.243,91	-735,09	-0,2%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	497.483,66	880.737,93	-383.254,27	-43,5%
d) Altri accantonamenti	1.330.764,82	447.311,85	883.452,97	197,5%
Totale B)	**964.024.322,44**	**938.651.635,34**	**25.372.687,10**	**2,7%**
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	**-10.838.529,70**	**-13.595.082,29**	**2.756.552,59**	**-20,3%**
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	**-772.055,75**	**-433.487,13**	**-338.568,62**	**78,1%**
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	**8.152,05**	**4.674,13**	**3.477,92**	**74,4%**
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	**780.207,80**	**438.161,26**	**342.046,54**	**78,1%**
Totale C)	**-772.055,75**	**-433.487,13**	**-338.568,62**	**78,1%**
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	**-9.257,68**	**-**	**-9.257,68**	**-**
1) Rivalutazioni	**-**	**-**	**-**	**-**
2) Svalutazioni	**9.257,68**	**-**	**9.257,68**	**-**
Totale D)	**-9.257,68**	**-**	**-9.257,68**	**-**
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	**-702.589,15**	**-1.228.821,04**	**526.231,89**	**-42,8%**
1) Proventi straordinari	**3.498.488,66**	**3.788.683,09**	**-290.194,43**	**-7,7%**
a) Plusvalenze	-	800,00	-800,00	-100,0%
b) Altri proventi straordinari	3.498.488,66	3.787.883,09	-289.394,43	-7,6%
2) Oneri straordinari	**4.201.077,81**	**5.017.504,13**	**-816.426,32**	**-16,3%**
a) Minusvalenze	39.404,91	14.015,07	25.389,84	181,2%
b) Altri oneri straordinari	4.161.672,90	5.003.489,06	-841.816,16	-16,8%
Totale E)	**-702.589,15**	**-1.228.821,04**	**526.231,89**	**-42,8%**

RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	**-12.322.432,28**	**-15.257.390,46**	**2.934.958,18**	**-19,2%**
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	**9.449.047,79**	**9.534.193,31**	**-85.145,52**	**-0,9%**
1) IRAP	**9.090.118,17**	**9.205.722,98**	**-115.604,81**	**-1,3%**
a) IRAP relativa a personale dipendente	8.092.578,48	8.161.049,83	-68.471,35	-0,8%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	655.201,82	653.057,94	2.143,88	0,3%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	342.337,87	391.615,21	-49.277,34	-12,6%
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-	-
2) IRES	**305.182,00**	**322.194,00**	**-17.012,00**	**-5,3%**
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	**53.747,62**	**6.276,33**	**47.471,29**	**756,4%**
Totale Y)	**9.449.047,79**	**9.534.193,31**	**-85.145,52**	**-0,9%**
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**-21.771.480,07**	**-24.791.583,77**	**3.020.103,70**	**-12,2%**

SCHEMA DI BILANCIO *Decreto Ministero della Salute 20 Marzo 2013*			Anno 2016	Anno 2015	Analisi Scostamenti	
					in valore assoluto	*in valore %*
A) IMMOBILIZZAZIONI			**116.857.239,53**	**120.191.745,31**	**-3.334.505,78**	**-2,8%**
I Immobilizzazioni immateriali			**2.687.898,69**	**2.506.415,60**	**181.483,09**	**7,2%**
1) Costi d'impianto e di ampliamento			-	-	-	-
2) Costi di ricerca e sviluppo			-	-	-	-
3) Diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere dell'ingegno			1.540.411,22	1.470.973,07	69.438,15	4,7%
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti			-	88.536,77	-88.536,77	-100,0%
5) Altre immobilizzazioni immateriali			1.147.487,47	946.905,76	200.581,71	21,2%
II Immobilizzazioni materiali			**114.140.674,17**	**117.646.998,75**	**-3.506.324,58**	**-3,0%**
1) Terreni			1.016.307,21	1.016.307,21	-	0,0%
a) Terreni disponibili			1.016.307,21	1.016.307,21	-	*0,0%*
b) Terreni indisponibili			-	-	-	-
2) Fabbricati			95.646.568,57	96.902.074,19	-1.255.505,62	-1,3%
a) Fabbricati non strumentali (disponibili)			63.287,45	65.736,65	*-2.449,20*	*-3,7%*
b) Fabbricati strumentali (indisponibili)			95.583.281,12	96.836.337,54	*-1.253.056,42*	*-1,3%*
3) Impianti e macchinari			5.373.750,05	6.182.210,00	-808.459,95	-13,1%
4) Attrezzature sanitarie e scientifiche			4.718.707,73	5.474.248,65	-755.540,92	-13,8%
5) Mobili e arredi			1.373.403,08	1.400.293,80	-26.890,72	-1,9%
6) Automezzi			507.049,43	443.374,65	63.674,78	14,4%
7) Oggetti d'arte			-	-	-	-
8) Altre immobilizzazioni materiali			2.339.726,53	1.912.364,56	427.361,97	22,3%
9) Immobilizzazioni materiali in corso e acconti			3.165.161,57	4.316.125,69	-1.150.964,12	-26,7%
	Entro 12 mesi	**Oltre 12 mesi**				
III Immobilizzazioni finanziarie (*con separata indicazione, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo*)	**-**	**-**	**28.666,67**	**38.330,96**	**-9.664,29**	**-25,2%**
1) Crediti finanziari	-	-	-	-	-	-
a) Crediti finanziari v/Stato	-	-	-	-	-	-
b) Crediti finanziari v/Regione	-	-	-	-	-	-
c) Crediti finanziari v/partecipate	-	-	-	-	-	-
d) Crediti finanziari v/altri	-	-	-	-	-	-
2) Titoli	-	-	28.666,67	38.330,96	*-9.664,29*	*-25,2%*
a) Partecipazioni	-	-	28.666,67	38.330,96	*-9.664,29*	*-25,2%*
b) Altri titoli	-	-	-	-	-	-
Totale A)			**116.857.239,53**	**120.191.745,31**	**-3.334.505,78**	**-2,8%**
B) ATTIVO CIRCOLANTE			**164.748.477,47**	**188.674.869,42**	**-23.926.391,95**	**-12,7%**
I Rimanenze			**11.397.954,26**	**11.690.655,84**	**-292.701,58**	**-2,5%**
1) Rimanenze beni sanitari			11.266.918,62	11.519.676,29	-252.757,67	-2,2%
2) Rimanenze beni non sanitari			131.035,64	170.979,55	-39.943,91	-23,4%
3) Acconti per acquisti beni sanitari			-	-	-	-
4) Acconti per acquisti beni non sanitari			-	-	-	-

	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi				
II Crediti (*con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo*)	**96.682.298,56**	**-**	**96.682.298,56**	**163.040.025,38**	**-66.357.726,82**	**-40,7%**
1) Crediti v/Stato	606.452,71	-	606.452,71	604.230,08	2.222,63	0,4%
a) Crediti v/Stato - parte corrente	2.940,56	-	2.940,56	2.940,56	-	*0,0%*
1) Crediti v/Stato per spesa corrente e acconti	-	-	-	-	-	-
2) Crediti v/Stato - altro	2.940,56	-	2.940,56	2.940,56	-	0,0%
b) Crediti v/Stato - investimenti	-	-	-	-	-	-
c) Crediti v/Stato - per ricerca	-	-	-	-	-	-
1) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	-	-
2) Crediti v/Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	-	-
3) Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali	-	-	-	-	-	-
4) Crediti v/Stato - investimenti per ricerca	-	-	-	-	-	-
d) Crediti v/prefetture	603.512,15	-	603.512,15	601.289,52	2.222,63	0,4%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma	82.417.794,71	-	82.417.794,71	138.132.980,67	-55.715.185,96	-40,3%
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - parte corrente	34.757.991,98	-	34.757.991,98	58.146.573,03	*-23.388.581,05*	*-40,2%*
1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente	34.757.991,98	-	34.757.991,98	58.146.573,03	-23.388.581,05	-40,2%
a) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario ordinario corrente	31.033.733,49	-	31.033.733,49	27.504.390,78	3.529.342,71	12,8%
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	768.824,53	-	768.824,53	2.903.843,25	-2.135.018,72	-73,5%
c) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA	-	-	-	-	-	-
d) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro	2.955.433,96	-	2.955.433,96	27.738.339,00	-24.782.905,04	-89,3%
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca	-	-	-	-	-	-
b) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma - patrimonio netto	47.659.802,73	-	47.659.802,73	79.986.407,64	*-32.326.604,91*	*-40,4%*
1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento per investimenti	2.158.626,19	-	2.158.626,19	1.651.685,83	*506.940,36*	*30,7%*
2) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo di dotazione	18.584.090,34	-	18.584.090,34	34.299.778,40	*-15.715.688,06*	*-45,8%*
3) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite	12.571.192,52	-	12.571.192,52	44.034.943,41	*-31.463.750,89*	*-71,5%*
4) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti	14.345.893,68	-	14.345.893,68	-	*14.345.893,68*	-
3) Crediti v/Comuni	96.486,50	-	96.486,50	85.680,49	10.806,01	12,6%
4) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche e acconto quota FSR da distribuire	5.435.151,15	-	5.435.151,15	13.575.700,40	-8.140.549,25	-60,0%
a) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione	4.883.428,08	-	4.883.428,08	13.365.836,41	*-8.482.408,33*	*-63,5%*
b) Crediti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione	551.723,07	-	551.723,07	209.863,99	*341.859,08*	*162,9%*
5) Crediti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	45.600,87	-	45.600,87	156.166,79	*-110.565,92*	*-70,8%*
6) Crediti v/Erario	719.168,46	-	719.168,46	264.418,13	454.750,33	172,0%
7) Crediti v/altri	7.361.644,16	-	7.361.644,16	10.220.848,82	*-2.859.204,66*	*-28,0%*
III Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni			**-**	**-**	**-**	**-**
1) Partecipazioni che non costituiscono immobilizzazioni			-	-	-	-
2) Altri titoli che non costituiscono immobilizzazioni			-	-	-	-
IV Disponibilità liquide			**56.668.224,65**	**13.944.188,20**	**42.724.036,45**	**306,4%**
1) Cassa			80.051,61	229.684,97	-149.633,36	-65,1%
2) Istituto Tesoriere			56.579.049,96	13.695.543,73	42.883.506,23	313,1%
3) Tesoreria Unica			-	-	-	-
4) Conto corrente postale			9.123,08	18.959,50	-9.836,42	-51,9%
Totale B)			**164.748.477,47**	**188.674.869,42**	**-23.926.391,95**	**-12,7%**
C) RATEI E RISCONTI ATTIVI			**399.609,08**	**579.885,55**	**-180.276,47**	**-31,1%**
I Ratei attivi			**-**	**-**	**-**	**-**
II Risconti attivi			**399.609,08**	**579.885,55**	**-180.276,47**	**-31,1%**
Totale C)			**399.609,08**	**579.885,55**	**-180.276,47**	**-31,1%**
TOTALE ATTIVO (A+B+C)			**282.005.326,08**	**309.446.500,28**	**-27.441.174,20**	**-8,9%**
D) CONTI D'ORDINE			**15.464.794,42**	**15.058.304,43**	406.489,99	2,7%
I Canoni di leasing ancora da pagare			**-**	**580.591,64**	-580.591,64	-100,0%
II Depositi cauzionali			**14.899.910,36**	**13.912.828,73**	987.081,63	7,1%
III Beni in comodato			**564.884,06**	**564.884,06**	-	0,0%
IV Altri conti d'ordine			**-**	**-**	-	-
Totale D)			**15.464.794,42**	**15.058.304,43**	**406.489,99**	**2,7%**

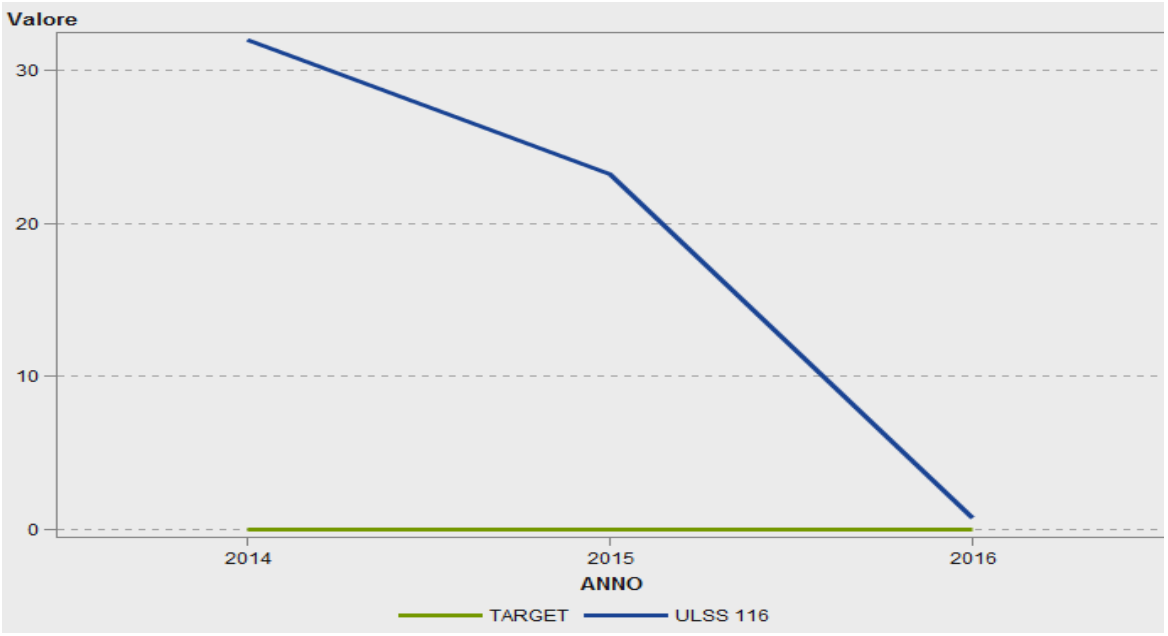
A) PATRIMONIO NETTO			**70.168.138,99**	**54.257.596,81**	**15.910.542,18**	**29,3%**
I Fondo di dotazione			**-0,00**	**-13.517.936,31**	**13.517.936,31**	**-100,0%**
II Finanziamenti per investimenti			**86.051.475,19**	**86.346.330,61**	**-294.855,42**	**-0,3%**
1) Finanziamenti per beni di prima dotazione			21.552.394,45	22.896.838,61	-1.344.444,16	-5,9%
2) Finanziamenti da Stato per investimenti			29.180.335,86	29.138.903,32	41.432,54	0,1%
a) Finanziamenti da Stato ex art. 20 Legge 67/88			28.862.401,19	28.795.886,70	*66.514,49*	*0,2%*
b) Finanziamenti da Stato per ricerca			-	-	-	-
c) Finanziamenti da Stato - altro			317.934,67	343.016,62	*-25.081,95*	*-7,3%*
3) Finanziamenti da Regione per investimenti			11.066.160,71	11.626.737,76	-560.577,05	-4,8%
4) Finanziamenti da altri soggetti pubblici per investimenti			-	-	-	-
5) Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio			24.252.584,17	22.683.850,92	1.568.733,25	6,9%
III Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti			**5.888.143,87**	**6.220.786,28**	**-332.642,41**	**-5,3%**
IV Altre riserve			**0,00**	**0,00**	**-0,00**	**-100,0%**
V Contributi per ripiano perdite			**59.431.508,27**	**34.639.924,50**	**24.791.583,77**	**71,6%**
VI Utili (perdite) portati a nuovo			**-59.431.508,27**	**-34.639.924,50**	**-24.791.583,77**	**71,6%**
VII Utile (perdita) dell'esercizio			**-21.771.480,07**	**-24.791.583,77**	**3.020.103,70**	**-12,2%**
Totale A)			**70.168.138,99**	**54.257.596,81**	**15.910.542,18**	**29,3%**
B) FONDI PER RISCHI ED ONERI			**14.397.922,24**	**15.507.952,47**	**-1.110.030,23**	**-7,2%**
I Fondi per imposte, anche differite			**83.476,01**	**29.728,39**	**53.747,62**	**180,8%**
II Fondi per rischi			**8.028.366,61**	**8.300.501,81**	**-272.135,20**	**-3,3%**
III Fondi da distribuire			**-**	**-**	**-**	**-**
IV Quota inutilizzata contributi di parte corrente vincolati			**2.241.175,58**	**4.678.017,50**	**-2.436.841,92**	**-52,1%**
V Altri fondi oneri			**4.044.904,04**	**2.499.704,77**	**1.545.199,27**	**61,8%**
Totale B)			**14.397.922,24**	**15.507.952,47**	**-1.110.030,23**	**-7,2%**
C) TRATTAMENTO FINE RAPPORTO			**5.525.208,20**	**5.559.207,69**	**-33.999,49**	**-0,6%**
I Premi operosità			**5.525.208,20**	**5.559.207,69**	**-33.999,49**	**-0,6%**
II TFR personale dipendente			**-**	**-**	**-**	**-**
Totale C)			**5.525.208,20**	**5.559.207,69**	**-33.999,49**	**-0,6%**
D) DEBITI (con separata indicazione, per ciascuna voce, degli importi esigibili oltre l'esercizio successivo)			**190.699.546,31**	**233.310.828,17**	**-42.611.281,86**	**-18,3%**
	Entro 12 mesi	**Oltre 12 mesi**				
I Mutui passivi	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
II Debiti v/Stato	**62.486,12**	**-**	**62.486,12**	**102.560,10**	**-40.073,98**	**-39,1%**
III Debiti v/Regione o Provincia Autonoma	**44.473.000,22**	**-**	**44.473.000,22**	**38.105.655,12**	**6.367.345,10**	**16,7%**
IV Debiti v/Comuni	**4.114.435,67**	**-**	**4.114.435,67**	**3.286.294,46**	**828.141,21**	**25,2%**
V Debiti v/aziende sanitarie pubbliche	**8.320.803,15**	**-**	**8.320.803,15**	**9.800.519,14**	**-1.479.715,99**	**-15,1%**
a) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per spesa corrente e mobilità	-	-	-	-	-	-
b) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA	-	-	-	-	-	-
c) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA	-	-	-	-	-	-
d) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per altre prestazioni	8.109.475,81	-	8.109.475,81	9.602.172,57	-1.492.696,76	-15,5%
e) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche della Regione per versamenti a patrimonio netto	-	-	-	-	-	-
f) Debiti v/aziende sanitarie pubbliche fuori Regione	211.327,34	-	211.327,34	198.346,57	12.980,77	6,5%
VI Debiti v/società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	**127.762,41**	**-**	**127.762,41**	**68.462,38**	**59.300,03**	**86,6%**
VII Debiti v/fornitori	**113.587.436,71**	**-**	**113.587.436,71**	**142.453.133,62**	**-28.865.696,91**	**-20,3%**
VIII Debiti v/Istituto Tesoriere	**0,00**	**-**	**0,00**	**0,00**	**-0,00**	**-100,0%**
IX Debiti tributari	**985.187,78**	**-**	**985.187,78**	**8.491.939,05**	**-7.506.751,27**	**-88,4%**
X Debiti v/altri finanziatori	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
XI Debiti v/istituti previdenziali, assistenziali e sicurezza sociale	**4.474.836,80**	**1.970.686,40**	**6.445.523,20**	**11.699.669,84**	**-5.254.146,64**	**-44,9%**
XII Debiti v/altri	**12.582.911,05**	**-**	**12.582.911,05**	**19.302.594,46**	**-6.719.683,41**	**-34,8%**
Totale D)	**188.728.859,91**	**1.970.686,40**	**190.699.546,31**	**233.310.828,17**	**-42.611.281,86**	**-18,3%**

E) RATEI E RISCONTI PASSIVI	1.214.510,34	810.915,14	403.595,20	49,8%
I Ratei passivi	5.335,65	106.621,92	-101.286,27	-95,0%
II Risconti passivi	1.209.174,69	704.293,22	504.881,47	71,7%
Totale E)	1.214.510,34	810.915,14	403.595,20	49,8%
TOTALE PASSIVO E PATRIMONIO NETTO (A+B+C+D+E)	282.005.326,08	309.446.500,28	-27.441.174,20	-8,9%
F) CONTI D'ORDINE	15.464.794,42	15.058.304,43	406.489,99	2,7%
I Canoni di leasing ancora da pagare	-	580.591,64	-580.591,64	-100,0%
II Depositi cauzionali	14.899.910,36	13.912.828,73	987.081,63	7,1%
III Beni in comodato	564.884,06	564.884,06	-	0,0%
IV Altri conti d'ordine	-	-	-	-
Totale F)	15.464.794,42	15.058.304,43	406.489,99	2,7%

EVOLUZIONE DEI TEMPI MEDI DI PAGAMENTO

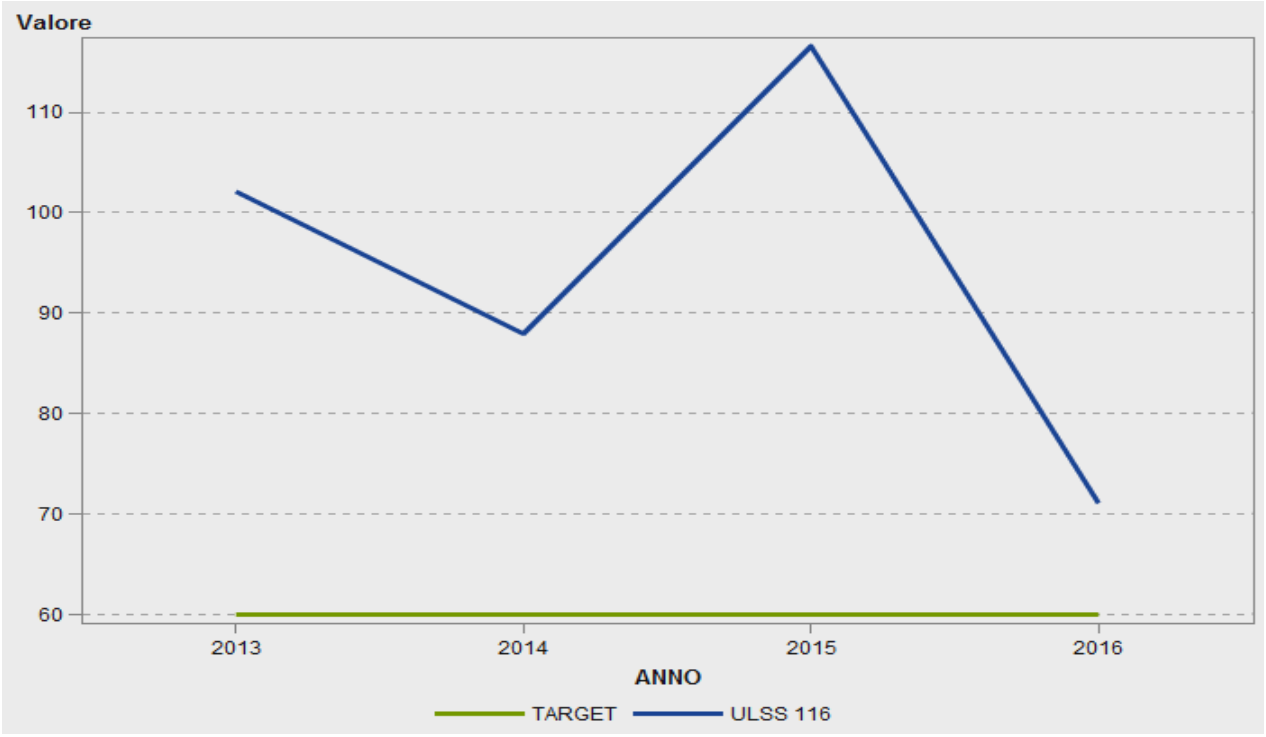
Al fine di rendicontare l'evoluzione dei tempi medi di pagamento verso i fornitori, si ritiene utile rappresentare i principali indici di bilancio che forniscono specifiche informazioni in merito.

Indice di tempestività dei pagamenti		
Valore informativo L'indice di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, in quanto attribuisce un peso maggiore ai ritardi relativi al pagamento di fatture di somme elevate. Tale indicatore è previsto dall'art. 9 del DPCM del 22/09/2014 ed è stato oggetto di specifici chiarimenti con circolari della Ragioneria Generale dello Stato n. 3 e 22 del 2015.		
Modalità di costruzione Il numeratore contiene la somma dell'importo di ciascuna fattura pagata per le transazioni di natura commerciale relative all'anno solare, moltiplicato per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura stessa e la data di pagamento ai fornitori; il denominatore contiene la somma degli importi pagati nell' anno solare.		
287.344.867,84 398.015.438,99	0,72	Valore Obiettivo: *0*



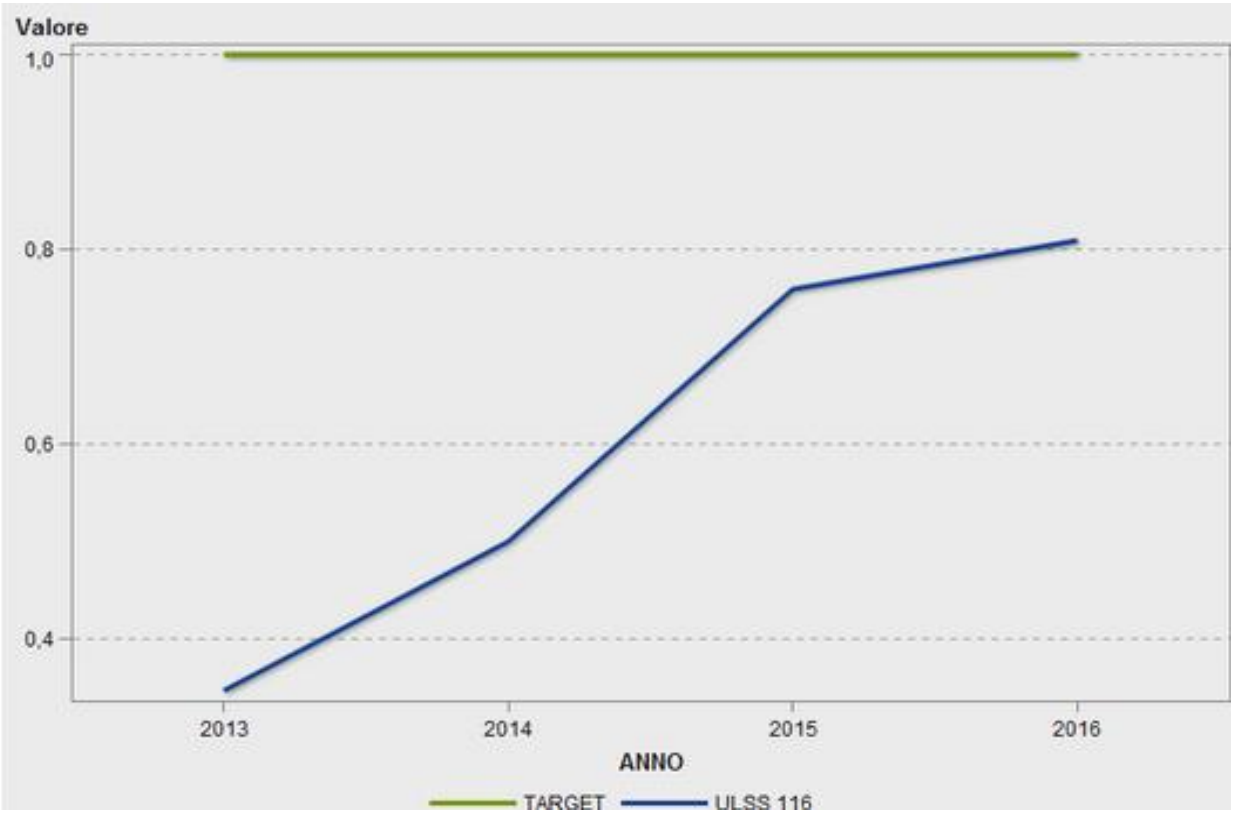
L'indicatore di tempestività dell'anno 2016 evidenzia un notevole miglioramento dei tempi di pagamento dell'amministrazione . Tale obiettivo è stato raggiunto sia attraverso la maggior liquidità aziendale per effetto delle rimesse straordinarie regionali che per effetto di una intensa attività rivolta al miglioramento del processo di liquidazione.

Indice di durata media dei debiti verso i fornitori		
Valore informativo È un ulteriore indice di durata finalizzato al monitoraggio delle performance di pagamento, speculare rispetto al DSO (Days of Sales Outstanding) generalmente utilizzato dai fornitori del SSR. In particolare, tale rapporto consente di investigare il tempo medio intercorrente tra il sorgere del debito e il pagamento del medesimo. Per stabilire i valori critici si deve ricorrere alla normativa vigente, che impone alle aziende sanitarie pubbliche (D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 art. 1, comma 5) di liquidare i propri debiti mediamente entro 60 gg.		
Modalità di costruzione ***(D.VII) Debiti v. fornitori*** ****365*** ***(D.VII) Debiti v.fornitori sorti nell'esercizio***		
113587436,71 583649538,29	71.03	Valore Obiettivo: *60 giorni*



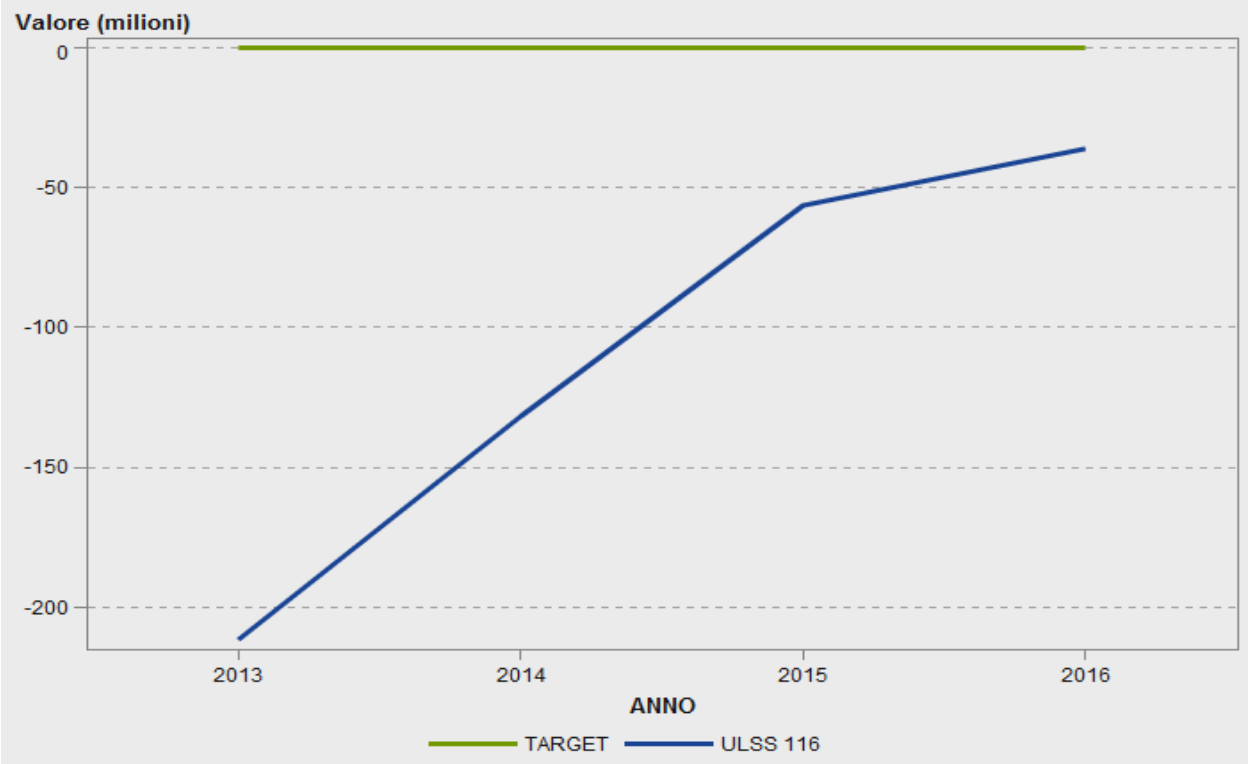
Il valore dell'indicatore supera di circa 40 giorni i tempi di pagamento previsto per effetto della mancata evidenza dei tempi di contenzioso. Come per l'indice di tempestività, anche questo indicatore è migliorato significativamente per effetto di un'intensa attività rivolta al miglioramento del processo di liquidazione.

Indice di disponibilità		
Valore informativo L'indice misura la capacità dell'azienda di assolvere ai propri impegni di breve termine, attraverso l'utilizzo delle proprie attività liquide o immediatamente liquidabili. L'attivo corrente è composto dalla somma delle rimanenze e delle liquidità, queste ultime intese come il denaro, i valori in cassa, gli assegni, i conti correnti attivi, le attività finanziarie a breve termine, i crediti esigibili entro l'esercizio successivo e i ratei e risconti attivi. Mentre il passivo corrente è formato dalle fonti che presentano una scadenza entro l'esercizio successivo.		
Modalità di costruzione ***Attivo Corrente*** / ***Passivo Corrente***		
165.279.121,00 204.341.292,49	0,81	Valore Obiettivo: *≥ 1*



La mancanza di disponibilità liquide o facilmente liquidabili non permette di far fronte alle passività correnti.

Margine di tesoreria	
Valore informativo L'indice consente di approfondire l'analisi dell'equilibrio finanziario di breve termine, tenendo presenti solamente le voci con maggior grado di liquidità e aventi scadenza entro il termine dell'esercizio	
Modalità di costruzione Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni (BIII) + Disponibilità liquide (BIV) + Crediti a breve termine + Ratei e Risconti Attivi (C)] – [Debiti a breve termine + Ratei e Risconti Passivi (E)].	
- 36.193.237,96	Valore Obiettivo: ≥ 0



Nonostante si riscontri un notevole miglioramento negli ultimi cinque anni, l'indice evidenzia l'incapacità dell'Azienda a far fronte ai fabbisogni finanziari, per effetto della mancanza di finanziamenti. Tale miglioramento è da attribuirsi alle rimesse straordinarie Regionali di cui al D.L. 66/2014.

5. Il processo di redazione della relazione sulle performance

La relazione sulla performance rappresenta il risultato di un processo complesso che coinvolge tutto il personale dell'Azienda e rappresenta il risultato di un ciclo articolato in più fasi.

FASE/ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
Definizione BEP	La Regione Veneto ha fornito le direttive al fine di orientare le Aziende del SSR nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale 2016 e ha definito gli obiettivi di salute e funzionamento a valere per l'esercizio 2016 con conseguente fissazione dei limiti di spesa. Tutte le articolazioni aziendali sono state chiamate a tendere nel breve periodo ad una costosità in linea con i livelli stabiliti dalla Regione Veneto. Il Bilancio Economico Preventivo 2016 è stato adottato con delibera 1629 del 18/12/2015. I Conti Economici Preventivi Aggiornati a cadenza trimestrale, sono stati elaborati e presentati in Regione nel rispetto dei termini da questa fissati.	• Regione Veneto • Direzione Strategica • Servizio Economico Finanziario • Controllo di Gestione	Dic-2015
Definizione Piano delle Performance e Documento Direttive	Si è proceduto alla redazione del Piano delle Performance inglobando il Documento delle Direttive (Focus 2016) all'interno dello stesso. Il piano è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 185 del 25/02/2016.	• Regione Veneto • Direzione Strategica • Responsabili UU.OO. • Controllo di Gestione	Feb-2016
Negoziazione Budget	Il processo di negoziazione di budget è stato anticipato da una serie di incontri preparatori (marzo 2016) per la definizione dei contenuti delle schede stesse, sulla base dei dati di attività dell'anno precedente e dei dati a disposizione dell'anno corrente. In sede di negoziazione la Direzione Aziendale ha incontrato i direttori di dipartimento e di struttura complessa e i rappresentanti del personale del Comparto (Coordinatori di Dipartimento e Coordinatori Unità Operativa) per la condivisione e la discussione degli obiettivi delle schede di budget, tenendo conto delle proposte integrative emerse durante tali incontri. La conclusione di questa fase è avvenuta con la sottoscrizione della scheda di budget da parte della Direzione Aziendale, del direttore di dipartimento-distretto e del titolare di centro di responsabilità. I Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Operativa hanno provveduto alla condivisione con i propri collaboratori degli obiettivi, dei risultati attesi e degli indicatori che saranno utilizzati per la valutazione della performance in apposito incontro oggetto di verbale inviato all'UO Controllo di Gestione.	• Direzione Strategica • Responsabili UU.OO. • Controllo di Gestione	Apr-2016 | Lug-2016

FASE/ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
Monitoraggio intermedio obiettivi aziendali	A partire da luglio 2016 e con periodicità trimestrali si è proceduto al monitoraggio degli obiettivi, rendendo disponibili i dati ai responsabili di UOC sia con invio di report sia dando la possibilità di accesso a sistemi di reportistica online (qlick). Per le Strutture Ospedaliere il monitoraggio si è svolto nei seguenti termini e tempi. Fine luglio – agosto 2016: inviato ad ogni responsabile di struttura monitoraggio a 6 mesi contenente i principali indicatori della scheda di budget valutabili periodicamente insieme a dati di attività (ricoveri, specialistica) e dettagli relativamente a farmaci e dispositivi medici consumati. Ottobre 2016: presentati ai Direttori di Dipartimento le analisi sull' andamento dell'attività aggiornata ai primi 6/ 9 mesi e le proiezioni annuali di chiusura, relativamente a tutte le unità operative di dipartimento: indicatori di budget; dati di attività: ricoveri, specialistica (e dati di sala operatoria per le chirurgie) e approfondimenti sui valori di consumo, dove critici; dotazioni di risorse: personale e posti letto. A seguito delle presentazioni dei monitoraggi ai singoli direttori di dipartimento, sono state realizzati due incontri plenari (uno per ogni sede ospedaliera) durante i quali la Direzione (Generale, Sanitaria, Amministrativa) ha illustrato ai responsabili di tutte le UO ospedaliere l'andamento dell'Ospedale rispetto agli obiettivi previsti dalla Regione Veneto ad inizio anno Novembre 2016: aggiornamento al 31/10 degli indicatori e delle attività delle unità ospedaliere, con report sinottico al 31/10 2016. Per le altre strutture, che hanno schede di budget caratterizzate da obiettivi di carattere più qualitativo, si è proceduto trimestralmente a verificare il raggiungimento dei risultati anche in preparazione degli incontri regionali di monitoraggio.	• Direzione Strategica • Responsabili UU.OO. • Controllo di Gestione	Lug-2016 | Apr-2017
Valutazione delle schede di budget	A partire dal mese di maggio si è avviata la fase di valutazione delle schede di budget. Questa si è conclusa per l'area ospedaliera mentre è in fase conclusiva per le aree amministrativa e del territorio (la valutazione di prima istanza è conclusa ma si attendono eventuali controdeduzioni e le valutazioni finali da parte delle relative Direzioni Aziendali). Si prevede il completamento di questa fase entro agosto 2017.	• Direzione Strategica • Responsabili UU.OO. • Controllo di Gestione	Mag-2017 | Ago-2017
Valutazione obiettivi individuali	La valutazione dell'area del comparto si è conclusa con le schede individuali completate nel mese di giugno 2017. Per l'area della dirigenza, non essendo stato attuabile il modello previsto nell'accordo integrativo di Dicembre 2015, si è proceduto ad individuare un alternativo direttamente collegato alla valutazione della Struttura Complessa di afferenza, così come definita dal sistema di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget, a seguito della validazione dell'OIV della relazione delle performance aziendali. Si procederà ad applicare tale meccanismo per l'area contrattuale interessata.	• Direzione Strategica • Responsabili UU.OO. • Gestione del Personale • Controllo di Gestione	Mag-2017 | Ago-2017
Relazione sulla Performance	Il Controllo di Gestione ha elaborato la Relazione sulla Performance raccogliendo i risultati dei monitoraggi. La relazione ingloba la valutazione del raggiungimento degli obiettivi e quindi le performance delle strutture.	• Direzione Strategica • Servizio Economico Finanziario • Controllo di Gestione	Giu-2017

FASE/ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	ATTORI COINVOLTI	TEMPI
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance	L'Azienda, una volta predisposta e adottata con delibera la Relazione, provvede all'invio della stessa all'OIV. L'OIV approfondisce gli elementi utili per procedere alla validazione della Relazione, interfacciandosi direttamente con l'amministrazione per acquisire le informazioni necessarie. Una volta elaborato il documento di validazione, l'OIV lo invia all'amministrazione entro il 15 settembre. Il Documento di Validazione sarà integrato dalla Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, Trasparenza e integrità dei controlli interni (art.14. c.4 l.a) del D.Lgs 150/2009 redatta dall'OIV.	• Direzione Strategica • OIV • Controllo di Gestione	Set-2017
Erogazione retribuzione di risultato a saldo	A valle di tutto il processo descritto si procede alla distribuzione della retribuzione di risultato.	• Gestione del Personale	Ott-2017

6. Conclusioni

Il 2016 si è caratterizzato per essere un anno di grandi trasformazioni per l'ULSS 16 e, soprattutto, di transizione verso una riforma strutturale del sistema sanitario regionale. Da un lato l'azienda si è caratterizzata per il mantenimento di tutti gli elementi di autonomia giuridica, economica ed organizzativa tipici degli anni precedenti, dall'altro l'ULSS 16 è stata coinvolta nel processo di preparazione all'incorporazione di altre due ex Ulss per dare vita all'ULSS 6 Euganea dal 1.1.2017.

Questo percorso ha inevitabilmente comportato uno sforzo aggiuntivo della struttura organizzativa in tutte le sue articolazioni poiché ha richiesto il mantenimento di processi operativi già avviati e specifici, il rispetto delle medesime scadenze e degli obblighi informativi previsti, ma anche lo sviluppo di processi nuovi e trasversali che attivassero un ripensamento organizzativo con le altre realtà territoriali per molti aspetti diverse.

I principali elementi che hanno inciso nelle attività ordinarie e che si ritiene opportuno evidenziare sono:

- La nomina di una nuova Direzione aziendale a Gennaio 2016;
- La variazione della medesima Direzione Strategica in più tappe per effetto del cambio del Direttore Generale a giugno 2017, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Sociali a ottobre 2017;
- La coincidenza del Direttore Generale della ULSS 16 con la figura di Commissario dell'ULSS 15 e ULSS 17 con le evidenti e naturali complessità conseguenti in termini di organizzazione, processi decisionali e definizione delle strategie;
- La presenza, sino al 31.12.2016, di tre direzioni strategiche diverse a supporto del Direttore Generale presso le tre sedi oggi appartenenti all'ULSS 6 Euganea;
- L'attivazione di processi di analisi trasversali e di tavoli di lavoro, in particolare nelle aree tecnico amministrative, per favorire un processo di confronto e di approccio similare, ove possibile, in aggiunta all'attività ordinaria;
- Un approccio verticale per singole amministrazioni sulle diverse richieste e scadenze con la necessità, tuttavia, di favorire una costante visione d'insieme per la Direzione Strategica;
- L'approvazione della Legge Regionale n. 19 a Ottobre 2017 che prevede l'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".

Gli elementi sopra esposti hanno innescato meccanismi operativi nuovi, non rientranti nelle procedure ordinarie. Questi hanno inciso sostanzialmente nei processi operativi, richiedendo al sistema e ai singoli servizi un approccio diverso da quello utilizzato nei periodi precedenti. Tale impatto non solo non era possibile stimarlo ex ante ma resta tuttora difficilmente quantificabile ex post. Si ritiene però importante sottolineare come fenomeni molto complessi che "stressano" le grandi amministrazioni e le mettono in azione verso cambiamenti di portata sostanziale incidano inevitabilmente nel sistema senza appunto essere quantificabili nelle prime fasi di introduzione delle modifiche.

In considerazione di questo scenario si ritiene che la performance dell'Azienda sia stata complessivamente positiva, così come attesta anche il risultato, per ora provvisorio e da confermare, di 50,5 punti sul totale

dei 75 relativi agli obiettivi regionali. Gli ulteriori, 20 punti assegnati dalla Conferenza dei Sindaci consentono così di raggiungere il risultato dei 70/100, indicato quale obiettivo target per le Aziende Ulss, con un significativo miglioramento rispetto all'anno 2015.

Come già evidenziato nel corso della presente relazione permangono diverse aree critiche sulle quali si deve intervenire. L'accorpamento delle tre aziende, la possibilità di individuazione di best practice e di omogeneizzazione delle procedure con conseguenti economie di scala rappresentano la più grande opportunità di migliorare la performance migliorando contemporaneamente i servizi al cittadino.

AREA DISTRETTUALE N.5

RELAZIONE DEGLI OBIETTIVI E SULLA PERFORMANCE

ANNO 2016

REGIONE DEL VENETO

ULSS6 EUGANEA

1 PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE E INDICE

Presentazione

La presente relazione sulla Performance redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 150/2009 rispecchia a consuntivo i risultati ottenuti dall'Azienda, attraverso le proprie strutture tecnico funzionali, rispetto agli obiettivi programmati e assegnati nell'anno 2016 e riportati nei documenti di programmazione (Piano triennale di valutazione degli obiettivi anni 2016-2018 e documento di Direttive per la redazione del documento di budget 2016).

Gli obiettivi sono stati assegnati attraverso il processo di budgeting con i contenuti e le modalità riportate nel Documento di Direttive per la redazione del documento di budget 2016.

Entrambi i documenti sono stati pubblicati nel sito aziendale.

Il ciclo della Performance per l'anno 2016 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano triennale di valutazione degli obiettivi anni 2016-2018 nel quale sono state indicate le linee specifiche per l'anno 2016. Il Piano è stato predisposto dalla Direzione strategica e adottato con delibera n. 51 del 29/01/2016.

Il Piano recepisce gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e l'IRCSS I.O.V. per l'anno 2016 assegnati dalla Regione con DGR 2072 del 30 dicembre 2015. Con tale DGR la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie del Veneto un set di obiettivi da raggiungere con gli indicatori, i valori soglia e i pesi relativi.

Oltre agli obiettivi regionali l'Azienda ha individuato nel Documento di Direttive per la redazione del documento di budget, approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n.170 del 03/03/2016, una serie di obiettivi strategici sia trasversali a tutte le strutture, sia specifici per le macroaree.

OBIETTIVI AZIENDALI STRATEGICI TRASVERSALI A TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI:

Vengono identificati anche per l'anno 2016 degli obiettivi che vengono definiti a carattere "trasversale" in quanto concernenti la totalità delle strutture. Gli obiettivi aziendali a valenza trasversale possono essere così riassunti:

- Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari;
- Gestione del Personale: riduzione ferie maturate e non godute e rispetto delle indicazioni e del budget relativo alle ore straordinarie;
- Predisposizione delle attività necessarie all'accreditamento istituzionale dell'Azienda ai seni della L.R. 22/2002.

OBIETTIVI AZIENDALI STRATEGICI DI AREA SOCIO SANITARIA:

All'interno di tale area trovano collocazione le tre Macrostrutture (Ospedale, Distretto Socio-Sanitario, Dipartimento Area di Prevenzione). Per l'anno 2016 vengono identificati i seguenti obiettivi:

MACROSTRUTTURA OSPEDALE

- Riduzione dei ricoveri ripetuti potenzialmente inappropriati;

- Risolvere le non conformità individuate dal GTM regionale a seguito della visita per l'autorizzazione svoltasi nei giorni 25-27 maggio 2015;
- Appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale (distribuzione diretta).

MACROSTRUTTURA DISTRETTO SOCIO SANITARIO

- Avvio della nuova programmazione del Piano di Zona 2017-2021;
- Risolvere le non conformità individuate dal GTM regionale a seguito della visita per l'autorizzazione svoltasi nei giorni 25-27 maggio 2015;
- Rilevazione del benessere organizzativo in ambito distrettuale.

MACROSTRUTTURA AREA DI PREVENZIONE

- Rilevazione del benessere organizzativo in ambito del dipartimento di Prevenzione;
- Programma di lotta alle diseguaglianze;
- Sviluppo del modello "task shifting" per la gestione del personale del comparto;
- Attivazione di un punto unico di fatturazione del Dipartimento di Prevenzione con relativa procedura operativa;
- Potenziare la collaborazione e la sinergia d'azione tra i servizi al fine di evitare sopralluoghi multipli nella stessa Azienda e ottenere un risparmio di risorse del personale;
- Potenziare l'offerta dei servizi tramite l'utilizzo del portale aziendale.

OBIETTIVI AZIENDALI STRATEGICI DI AREA TECNICO – AMMINISTRATIVA: all'interno di questa area sono collocate le strutture amministrative e quelle in staff alla Direzione Amministrativa.

- Adempimenti amministrativo-contabili relativi alla predisposizione del bilancio economico preventivo, dei monitoraggi trimestrali dei costi e dei ricavi;
- Qualità dei dati di bilancio attraverso l'emissione a cadenza mensile degli ordini preventivi e alla verifica della qualità dei dati forniti a CEPA 3° e a preconsuntivo;
- Revisione e aggiornamento dei Piani triennali sulla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
- Risolvere le non conformità individuate dal GTM regionale a seguito della visita per l'autorizzazione svoltasi nei giorni 25-27 maggio 2015;

OBIETTIVI AZIENDALI COLLEGATI AL PERCORSO DI PREVENZIONE ALLA CORRUZIONE:

Anche per l'anno 2016 è risultato indispensabile continuare l'attività di sviluppo del Percorso di Prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/2012. In conformità a quanto previsto dalle linee guida di aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla Determinazione n.12 del 28 ottobre 2015, si è proseguito nell'ulteriore sviluppo di azioni prevedendo interventi sia in aree di rischio generali, sia in aree di rischio specifiche. Per tale motivo, e sulla base di quanto descritto nel Piano Triennale di Valutazione degli obiettivi 2016-2018, le schede di budget hanno previsto specifici obiettivi con riferimento ad interventi e azioni nelle seguenti aree di rischio:

AREE GENERALI:

- Personale – incarichi e nomine;

- Contratti;
- Gestione delle entrate/spese e del patrimonio;
- Vigilanza e controlli

AREE SPECIFICHE:

- Attività libero-professionale;
- Liste di attesa;
- Farmaceutica
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

La relazione rappresenta la fase finale del ciclo della performance nella quale vengono esposti i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati. Il sistema di misurazione e valutazione dei risultati relativi alla performance è rivolto a tutto il personale dipendente dell'Azienda. La performance è articolata in performance organizzativa e performance individuale.

Nel mese di marzo 2016 l'Azienda ha negoziato con tutte le unità operative complesse, semplici e a valenza dipartimentale il budget per l'anno 2016 articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da conseguire e risorse da utilizzare.

La Direzione Aziendale ha approvato le schede di budget delle strutture aziendali, sottoscrivendo le stesse unitamente al Dirigente Responsabile della singola struttura e al Direttore del Dipartimento a cui la stessa afferisce. Successivamente con deliberazione del Commissario n.437 del 16/06/2016 è stato preso atto degli obiettivi di budget dell'anno 2016 assegnati alle singole strutture così come evidenziato dalle stesse schede di budget.

Nei mesi di giugno e luglio 2016 si sono tenuti appositi incontri di monitoraggio e verifica dello stato d'utilizzo del budget delle risorse erogate per il raggiungimento degli obiettivi nonché del confronto del trend di attività rispetto all'anno precedente. A seguito incontri e azioni di monitoraggio con nota interna aziendale protocollo n.240443 del 03/08/2016 è stata inviata a tutti i Responsabili di Struttura una scheda riepilogativa circa lo stato di avanzamento sia degli obiettivi da DGR regionale sia di quelli, integrativi della stessa, di miglioramento aziendale.

Con nota protocollo n.0038785 del 02/03/2017 l'Azienda Ulss 6 Euganea – Area Distrettuale 5 ha attivato il procedimento per la valutazione annuale relativa all'attribuzione della retribuzione di risultato e del fondo produttività della Dirigenza per l'esercizio 2016. Con successiva nota protocollo n.0076775 del 02/05/2017 si è attivato il procedimento per la definizione del conguaglio della produttività collettiva inerente l'anno 2016 relativamente al personale del Comparto Sanità. Tutto il personale dipendente è valutato individualmente in relazione agli obiettivi raggiunti e ad altri parametri.

L'Azienda pertanto, come chiusura del Ciclo della Performance per l'anno 2016, ha elaborato la presente Relazione che rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente.

La Relazione viene sottoposta, per la validazione, all'Organismo Indipendente di Valutazione e conseguentemente inviata alla competente Commissione Consiliare.

Indice

1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE E INDICE 2

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI *STAKEHOLDERS* ESTERNI 6

2.1 La normativa di riferimento 6

2.2 L'Azienda in cifre 12

2.3 Risultati raggiunti, le criticità e le opportunità 39

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI 60

3.1 Obiettivi strategici ed operativi 60

3.2 Obiettivi individuali 78

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ 83

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 89

5.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità 89

5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance 94

6. CONCLUSIONI 96

ALLEGATO 1 – PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

ALLEGATO 2 – 2.a OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI DGR 2072/2015

2.b OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

ALLEGATO 3 – RELAZIONE "RILEVAZIONE SUL BENESSERE anno 2016

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI

2.1 La normativa di riferimento

Il piano triennale di valutazione degli obiettivi per il triennio 2016-2018 tiene conto di una serie di indicazioni normative a carattere nazionale e regionale.

IL CONTESTO NORMATIVO PER LA PROGRAMMAZIONE:

- D.Lgs. n.502 del 30/12/1992 e s.m.i. "Riordino della disciplina in materia sanitaria", a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013;
- Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55 "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 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517";
- L.R. 14 settembre 1994, n.56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517" e dalla L.R. 29/6/12, n.23.
- L.R. n.55 del 15/12/1982 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale"
- L.R. del 07/08/2009, n.18 Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa -collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993, n.517;
- Patto per la Salute 2010-2012;
- L.R. 29 giugno 2012, n.23 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016";
- DGRV n.2621 del 18/12/2012 "Legge 7 agosto 2012, n.135.Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n.95,recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. "spending review"): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti";
- DGRV n.68 del 18/06/2013 "Adeguamento delle schede di dotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art.9, comma 1, ed art.10, comma 1, L.R. 23/2012;
- DGRV n.2122 del 19/11/2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n.68/CR del 18/06/2013";

- DGRV n.2713 del 29/12/2014 "Sanità. Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 27 novembre 2014 e del 28 novembre 2014. Conferma per l'anno 2015 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000;
- DL n.78/2015 convertito con legge 6 agosto 2015, n.125;
- DGR n.1169/2015 "DL n.78/2015 convertito con legge 6 agosto 2015, n.125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative;
- DGR n.1905 del 23/12/2015 "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica";
- DGR n.1923/2015 "Specialistica ambulatoriale privata accreditata erogata nei confronti dei cittadini residenti nel veneto: quote di budget per il biennio 2016-2017";
- DGRV n.2072 del 30/12/2015 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2016";
- Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.14/2016 "Programmazione acquisto di nuovi farmaci per Epatite C nel 2016"
- Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.62/2016 "Programmazione secondo semestre nuovi farmaci epatite C";
- DGR n.2269/2016 "Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'esercizio 2016 – Art. 41, L.R. 5/2001. DGR 22/06/2016 n.51/CR";
- DGR n.28/2016 "Determinazione dei limiti di costo per l'anno 2016 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto";
- DGR n.543/2016 "Obiettivi di salute e di funzionamento assegnati alle Aziende/Istituti del SSR per l'anno 2016 dalla DGR 2072/2015: precisazioni"
- DGR N.632/2016 "Proroga, per l'anno 2016, dei tetti di spesa 2014-2015 per l'erogazione delle prestazioni termali"
- DGR n.649/2016 "Assegnazione provvisoria alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'esercizio 2016";
- DGRV n.1315/2016 "Decreto Legislativo n.118 del 23 giugno 2011, art. 32. Bilanci preventivi economici annuali 2016 redatti dagli enti del SSR. Aggiornamento a seguito di CEPA 2 Trimestre 2016";
- DGR n.1632/2016 "DGRV 16 agosto 2016, n.1315. Piano di revisione della spesa volto al perseguimento dell'equilibrio economico del SSR per l'esercizio 2016";
- Decreto della Giunta Regionale del Veneto n. 107 del 18/10/2016 "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR – Revisione obiettivi di costo anno 2016";
- Decreto della Giunta Regionale del Veneto n. 151 del 29/12/2016 "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR – Revisione obiettivi di costo anno 2016";
- DGR n. 2294/2016 "Ulteriore assegnazione finanziaria alle aziende Sanitarie per il perseguimento dell'equilibrio economico del SSSR nell'esercizio 2016";

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

- L.R. n.22 del 2002 "Autorizzazione ed Accreditamento Strutture Sanitarie" e successive disposizioni;
- DGRV n. 2501 del 6/08/2004 (Allegati con Manuale d'applicazione), attuazione della L.R 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure
- DGRV n.84 del 16/01/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali";
- DGRV n.1616 del 17 giugno 2008 (Allegato A della DGR) Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (LR 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali")
- DGRV n.2067 del 3/07/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali. Approvazione delle procedure per l'applicazione della DGR n.84 del 16.1.2007";
- Atti di modifica e integrazione della DGRV n. 84/2007: DGRV n.674 del 17/03/2009; DGRV n.1503 del 20/09/2011; DGRV n.1688 del 18/10/2011; DGRV n.2179 del 13/12/2011; DGRV n.2506 del 29/12/2011; DGRV n. 242 del 22/02/2012;
- DGRV n.1667 del 18/10/2011 "L.R. 16 agosto 2002, n.22: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali-nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio".
- LEGGE REGIONALE 23 novembre 2012, n. 43 Modifiche all'articolo 8, commi 1 e 1 bis della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e disposizioni in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria.
- DGRV N. 1131 del 05 luglio 2013 Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 adottata in sede di Conferenza Stato Regioni il 20.12.2012.
- DGRV N. 1145 del 05 luglio 2013 L.R. 23 novembre 2012, n. 43 e L.R. 16 agosto 2002, n. 22. Prime determinazioni organizzative nell'ambito della Segreteria Regionale per la Sanità conseguenti alla soppressione dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS).
- Decreto n.82 del 06 agosto 2013 "L.R.22/02; DGR n. 1145 del 5 luglio 2013: prime disposizioni attuative con riferimento alle strutture di competenza del Servizio accreditamento"
- Intesa Stato Regioni del 20 dicembre 2012 Documento recante Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 adottata in sede di Conferenza Stato Regioni il 20.12.2012.
- Intesa Stato Regioni n. 32/CSR del 19 febbraio 2015 Intesa in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie
- Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015 n.70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2266 del 30 dicembre 2016 Recepimento e applicazione dell'allegato sub A dell'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002.
- NORMA UNI EN ISO 9001:2015: Sistemi di gestione per la qualità-Requisiti

CONTROLLI ATTIVITÀ SANITARIA

- DGRV 2609 del 07/08/2007;
- DGRV 2609 del 7/07/2007 Modifiche del sistema dei controlli (art. 8 octies D.Lgs. 229/99);
- DGRV n. 2611 del 07/08/2007 Standardizzazione specifiche cliniche;
- DGRV n. 3913 del 4/12/2007; Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di riabilitazione;
- DGRV n. 839 del 8/04/2008 Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di lungodegenza;
- DGRV n.938 del 7/04/2009 Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto;
- DGRV n. 3436 del 30/12/2010 Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- DGRV n. 3444 del 30/12/2010 Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto;
- DGRV n. 2174 del 23/12/2016 Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E TETTI DI SPESA

- DGRV 3535 del 12/11/2004;
- DGRV 2066 del 27/07/2006;
- DGRV 600 del 13/03/2007;
- DGRV 863 del 21/06/2011 Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della L. 23/12/2005 n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGRV 600 del 13/03/2007;
- DGRV n.320 del 12 marzo 2013 "Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto;
- DGRV n.1765 del 28/08/2012 "Erogatori privati ambulatoriali accreditati nella Regione del Veneto ex L.R. 16 agosto 2002, n.22 ed art.1, comma 796, lettera s) L. 27/12/2006 n.296. Adozione dello schema tipo di accordo contrattuale regolante i rapporti tra i predetti erogatori privati e le Aziende Ulss";
- DGRV n.441 del 10.4.2013 "Specialistica ambulatoriale privata accreditata: accordo contrattuale 2013-2015;
- DGRV n.2635 del 30.12.2013 "DGRV n.441/2013: erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: approvazione programma di budget 2014 per la singola ULSS per la macroarea branche a visita";
- DGRV n.1983 del 28/10/2014 "Attribuzione alle Aziende ULSS del budget 2015 per la macro area branche a vista, per erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali";
- DGRV n.2691 del 29/12/2014 "Conferma per l'anno 2015 dell'effettuazione presso le aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche e ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Approvazione di protocollo di intesa con le organizzazioni sindacali

della dirigenza medica e veterinaria".

- DGRV n.1923 del 23 dicembre 2015: quote di budget per il biennio 2016-2017 per la specialistica ambulatoriale privata accreditata.
- DGRV n.2174 del 23 dicembre 2016 Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvato con L.R 25/10/2016 n.19".

SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI TERRITORIALI

- Legge 8/11/2000 N. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Legge Regionale 13/4/2001 N. 11 relativa all'attuazione del D.Lgs. del 31/03/1998, n.112 di riforma delle autonomie locali;
- Legge Regionale 29/6/2012 N. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".
- DGRV n.1764/2004 (contenuti e priorità Piano di Zona);
- DGRV n.1560/2006 e DGRV n.3702/2006 (predisposizione, presentazione, valutazione Piano di Zona);
- DGRV n.157 del 26/01/2010 "Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona";
- DGRV n.2082/2010 di approvazione del Documento di Indirizzo Regionale e delle Indicazioni per la stesura del documento Piano di Zona 2011/2015;
- Piano di Zona 2011/2015 approvato dalla Conferenza dei Sindaci nella seduta del 22/11/2010 e recepito dall'azienda con deliberazione n.1141 del 24/11/2010;
- DGRV n. 1841 del 09/12/2015 "Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari 2011/2015: proroga della validità al 31 dicembre 2016."
- DGRV n.41/2011 "Attuazione degli AACCNN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi";
- DGRV n.1666/2011 "Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n.41 del 18.1.2011-medicina generale";
- DGRV n.1510/2012 "Medicina Generale. Modalità di attuazione DGR n.1666 del 2011;
- Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria recepito dall'azienda con deliberazione n.1170 del 13/12/2012.
- DGRV n. 953/2013 "Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata".
- DGRV n. 751/2015 "Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione della DGR n. 953/2013. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Deliberazione n. 127/CR del 3 ottobre 2013".

FORMAZIONE

- D.Lgs n.502 del 30/12/1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n.421 e s.m.i.;
- Circolare n.14 del 24/04/1995 del Ministero della Funzione Pubblica – Direttiva alle Amministrazioni Pubbliche in materia di formazione del personale;

- Direttiva del 13/12/2001 del Dipartimento della Funzione Pubblica – Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni;
- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Socio Sanitario Regionale;
- Accordi Conferenza Stato Regioni in materia di Educazione Continua in Medicina;
- DGRV n.2215/2011 "Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei Provider regionali";
- Contratti Nazionali di categoria;
- Accordi decentrati;
- Determinazioni della Commissione Nazionale ECM

TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

- D.Lgs. 150/2009 che prevede l'integrazione dei seguenti strumenti per attuare il ciclo della performance: il piano e la relazione sulla performance, il sistema di misurazione e valutazione della performance, il programma per la trasparenza e l'integrità e gli standard di qualità dei servizi;
- L. 6 novembre 2012, n.190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"
- D.Lgs. n.33 del 14/03/2013 ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".
- Adozione Piano Triennale di prevenzione della corruzione PTPC (anni 2014-2015-2016) con deliberazione n.78 del 29/01/2014;
- Adozione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) 2016-2018 con deliberazione n.51 del 29/01/2016;
- DPR n.105 del 09/05/2016 "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni;
- D. Lgs 97 del 25 maggio 2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".
- Delibera n.1310 del 28/12/2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
- Delibera n. 236/2017 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31/03/2017 e attività di vigilanza dell'Autorità".

2.2 L'Azienda in cifre

Chi Siamo

L'Azienda Ulss n. 17, di seguito denominata semplicemente Azienda, è stata costituita con Legge Regionale n. 56 del 14/9/94. Con decorrenza dal 5 dicembre 2014 ha sede legale in Via Albere 30 - Monselice (PD) C.F. e P.I. 00348220286.

L'identità Aziendale dell'Azienda Ulss n.17 è definita sulla base:

- della sua mission, ovvero l'esplicitazione dei propositi e dei principi che rivela la ragione d'essere dell'Azienda e chi vuole servire;
- della sua vision, che definisce gli obiettivi da raggiungere nel medio-lungo periodo per poter sviluppare una esaustiva applicazione della mission;
- del sistema di offerta e di relazioni con altri soggetti accreditati pubblici, del privato sociale o del privato no profit del territorio, costituito per rispondere ai bisogni dei cittadini.

L'azienda è parte integrante del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto e risponde ai bisogni di salute dei cittadini attraverso interventi sanitari e socio sanitari gestiti direttamente o acquisiti da altri soggetti accreditati pubblici o privati (privato sociale).

Cosa facciamo

L'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale, l'acquisto da soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento Regionale.

Come Operiamo

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito della programmazione Regionale e Locale. A tal fine individua, nella definizione di specifici accordi contrattuali, il principale strumento di regolamentazione dei rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati. L'Azienda aspira a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e fruizione per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza. In particolare, l'Azienda vuole svolgere un ruolo attivo di gestore di una rete in cui i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale rappresentano partners essenziali per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio. Nella rete, infine, si ricercano sinergie soprattutto con gli Enti Locali, la Conferenza dei Sindaci, il c.d. "Terzo Settore" (Associazioni di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale, Cooperative Sociali, Fondazioni, etc.), l'Azienda Ospedaliera di Padova e le altre Aziende Sanitarie della Provincia di Padova e della Regione Veneto, l'Università, finalizzate all'attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell'assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta. Al suo interno l'Azienda,

nell'ottica di sistema integrato, si articola in Articolazioni Organizzative (dipartimenti, distretti ed unità operative) interdipendenti, che interagiscono in modo coordinato per il raggiungimento di scopi determinati.

Il Territorio e la Popolazione

L'Azienda è parte integrante del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto.
Il territorio dell'Azienda comprende 46 comuni distribuiti in un Distretto Socio Sanitario
I residenti sono 182.870 (al 31.12.2015 - ISTAT);
Le famiglie sono 72.875 con mediamente 2,5 persone per nucleo familiare (al 31.12.2015)
Comuni: 46
L'estensione complessiva è di 887,9 kmq
la densità abitativa: 206,0 abitanti per kmq (al 31.12.2015)
Residenti con oltre 75 anni d'età: 21.140 (al 1.1.2016)
Indice di vecchiaia: 177,1% (al 1.1.2016)
Indice di ricambio: 142,5% (al 1.1.2016)
Stranieri residenti: 12.004 (al 31.12.2015)
Stranieri residenti minorenni: 3.009 pari al 25% (al 1.1.2016)
Tasso di natalità: : 7,4‰ (al 31.12.2015)
Tasso di mortalità: 11,1‰ (al 31.12.2015)

I numeri dell'Azienda al 31.12.2016:

Distretti Socio-Sanitari: 1
Medici di Medicina Generale: 130
Pediatri di Libera Scelta: 19
Servizio di Continuità Assistenziale: organizzato su 4 punti di erogazione con 36 medici di continuità assistenziale titolari e incaricati.
Farmacie Territoriali: 58

Presidio Ospedaliero con 392 posti letto ordinari, 13 week surgery e 45 diurni.
Numero dimissioni totali: 17.083 di cui 12.392 ordinari, 1.333 week surgery e 3.358 diurni.
Numero prestazioni specialistiche totali: 1.865.944 di cui 1.685.405 da strutture pubbliche e 180.539 da strutture accreditate.
Accessi in Pronto Soccorso: 53.698 cui corrispondono 94.921 prestazioni erogate dal Pronto Soccorso.

La funzione di produzione aziendale è assicurata dalle strutture tecnico funzionali complesse:

- Distretto Socio Sanitario
- Dipartimento di Prevenzione
- Ospedale

Esse concorrono alla gestione caratteristica dell'Azienda e sono dotate di autonomia gestionale e soggette a rendicontazione analitica.

Ad assicurare la funzione di produzione aziendale concorrono altresì i seguenti dipartimenti di rilievo legislativo (ex art. 18 L.R. n.5/1996):

- Dipartimento Funzionale delle Dipendenze
- Dipartimento di Salute Mentale.

Le funzioni tecnico amministrative sono finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione; esse ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

Le funzioni di Staff della Direzione Strategica assolvono invece ad una molteplicità di ruoli ed attività eterogenee di tecnostruttura.

Il contesto demografico

Le tabelle di seguito riportate rappresentano le caratteristiche demografiche della popolazione residente nei comuni dell'Azienda Ulss 17.

Al 31/12/2015 l'Azienda contava 182.870 residenti. Come si può osservare nei dati seguenti, il trend demografico di progressivo aumento della popolazione anziana si riscontra anche nel territorio regionale.

Popolazione Ulss 17

	nati	decessi	residenti	pop. <15 anni		pop. >64 anni		pop. >74 anni		pop.>94 anni	
2008	1681	1913	184.906	24.231	13,10%	37.803	20,40%	18.937	10,20%	390	0,20%
2009	1598	1803	185.379	24.388	13,20%	38.239	20,60%	19.281	10,40%	403	0,20%
2010	1594	1914	185.670	24.345	13,10%	38.288	20,60%	19.625	10,60%	400	0,20%
2011			183.662	24.168	13,20%	38.707	21,10%	19.755	10,80%	372	0,20%
2012	1540	1924	183.875	24.395	13,30%	38.281	20,80%	19.623	10,70%	360	0,20%
2013	1490	1888	184.467	23.984	13,00%	40.159	21,80%	20.428	11,10%	325	0,20%
2014	1350	1872	183.790	23.717	12,90%	41.028	22,32%	20.957	11,40%	329	0,20%
2015	1350	2042	182.870	23.356	12,80%	41.363	22,60%	21.140	11,60%	368	0,20%

Si espongono di seguito gli indici di natalità e di vecchiaia confrontati con le medie provinciali, regionali e nazionali.

Indice di natalità (x 1000)

	Ulss 17	Regione	Italia
2008	9,10	10,00	9,60
2009	8,60	9,70	9,50
2010	8,60	9,50	9,30
2011	8,60	9,40	9,10
2012	8,40	9,10	9,00
2013	8,10	8,60	8,50
2014	7,30	8,20	8,30
2015	7,40		

Indice di vecchiaia (x 100)

	Ulss 17	Regione	Italia
2008	156,00	139,80	144,10
2009	156,80	140,80	144,80
2010	157,30	141,10	144,70
2011	160,20	144,20	148,60
2012	163,90	146,80	151,40
2013	167,40	150,60	154,10
2014	173,00	154,80	157,70
2015	177,10	159,20	161,40

Indice di dipendenza (x 100)

	Ulss 17	Regione	Italia
2008	50,00	51,60	52,40
2009	51,00	52,30	52,70
2010	51,00	52,50	52,80
2011	52,00	53,40	53,50
2012	52,80	54,10	54,20
2013	53,30	54,70	54,60
2014	54,40	55,40	55,10
2015	54,80	55,80	55,50

Assistenza Ospedaliera

L'azienda opera mediante un presidio a gestione diretta e zero case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 459 unità, quelli convenzionati sono pari a zero unità.

Posti Letto anno 2016 (fonte HSP 12). *(per struttura)*

Codice Disciplina	Descrizione Attività	PL degenza ordinaria	PL day hospital	PL day surgery	PL deg. ord. a pag.	Totale
0801 05	CARDIOLOGIA	4	1	0	1	6
0802 05	TERAPIA SUBINTENSIVA CARDIOLOGICA	4	0	0	0	4
0904 05	CHIRURGIA GENERALE	31	0	0	1	32
0905 05	TERAPIA SUBINTENSIVA CHIRURGICA	2	0	0	0	2
2101 05	GERIATRIA	13	1	0	0	14
2604 05	MEDICINA GENERALE	83	2	0	1	86
2605 05	TERAPIA SUBINTENSIVA MULTIDISCIPLINARE	2	0	0	0	2
2606 05	MEDICINA D'URGENZA	12	0	0	0	12
2902 05	NEFROLOGIA	7	1	0	0	8
3202 05	NEUROLOGIA	12	1	0	1	14
3203 05	TERAPIA SUBINTENSIVA NEUROLOGICA	6	0	0	0	6
3403 05	OCULISTICA	1	0	0	0	1
3604 05	ORTOPEDIA	42	0	0	1	43
3704 05	GINECOLOGIA	10	0	0	2	12
3705 05	OSTETRICIA	18	0	0	0	18
3802 05	ORL	14	0	0	1	15
3902 05	PEDIATRIA	7	1	0	0	8
4003 05	PSICHIATRIA	14	11	0	0	25
4303 05	UROLOGIA	19	0	0	1	20
4903 05	RIANIMAZIONE	10	0	0	0	10
5002 05	TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA	8	0	0	0	8
5601 03	MEDICINA FISICA RIABILITATIVA MONTAGNANA	17	2	0	1	20
5602 04	MEDICINA FISICA RIABILITATIVA CONSELVE	31	0	0	0	31
5801 05	GASTROENTEROLOGIA	4	0	0	0	4
6003 03	LUNGODEGENZA MONTAGNANA	20	0	0	2	22
6202 05	PATOLOGIA NEONATALE	4	0	0	0	4
7501 04	NEURORIABILITAZIONE CONSELVE	5	0	0	0	5
9801 05	DAY SURGERY	0	0	27	0	27
	TOTALE AZIENDA ULSS 17	**400**	**20**	**27**	**12**	**459**

Nel mese di maggio 2015 l'Azienda ha superato positivamente il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio della Regione Veneto.

Siamo tuttora in attesa della comunicazione da parte del GTM regionale della data relativa alla visita di rinnovo dell'accreditamento istituzionale.

Di seguito si espone il trend relativo ad alcuni valori di produzione che ha contraddistinto il biennio 2015-2016:

ATTIVITÀ DI RICOVERO

Dimissioni in regime ordinario, week surgery e diurno

I ricoveri in regime ordinario del 2016 sono stati 12.795, cui corrispondono 127.472 giornate di degenza, con una degenza media di 10 giorni e il tasso di occupazione dei posti letto è stato mediamente del 88,9%. Gli indicatori sono rapportati ai posti letto medi del periodo.

Rispetto allo stesso periodo 2015, si registra un incremento dei ricoveri e un calo delle giornate di degenza. La degenza media conseguentemente diminuisce. La presenza media giornaliera in ospedale è di circa 348 utenti in degenza ordinaria.

Da marzo 2015 è stata avviata progressivamente l'attività di week surgery. Nel 2016, comprendendo anche le dimissioni di gastroenterologia registrate in regime "3-week surgery" ci sono stati 1.333 ricoveri ed una presenza media giornaliera di 14,8 persone.

La presenza media giornaliera per ricoveri diurni è di oltre 19 utenti. Gli ingressi in ricovero diurno sono stati 3.360 cui corrispondono 4.965 accessi nel periodo.

Attività Ricovero Ordinario: Indicatori classici[1] – Anno 2016 e confronto con stesso periodo anno precedente.

Ricovero Ordinario	Posti letto ordinari medi	Ricoveri	Giornate di degenza	Presenza media $\frac{Giornate\ degenza}{Giorni\ apertura}$	Degenza media $\frac{Giornate\ degenza}{Ricoveri}$	Tasso di occupazione $\frac{Giornate\ degenza}{(P.L)x(GiorniApertura)}x100$
Anno 2016	392	12.795	127.472	348,3	10,0	88,9%
Anno 2015	419	12.428	130.108	356,5	10,5	85,1%

Attività Ricovero Week Surgery: Indicatori classici – Anno 2016.

Ricovero Week Surgery (regime 3 alla dimissione)	Posti letto Week Surgery medi	Ricoveri	Giornate di degenza	Presenza media $\frac{Giornate\ degenza}{Giorni\ apertura}$	Degenza media $\frac{Giornate\ degenza}{Ricoveri}$	Tasso di occupazione $\frac{Giornate\ degenza}{(P.L)x(GiorniApertura)}x100$
Anno 2016	13	1.333	3.755	14,8	2,8	112,1%
Anno 2015 *(da marzo)*	15	1.263	2.307	10,8	1,8	72%

Attività Ricovero Diurno: Indicatori classici – Anno 2016 e confronto con stesso periodo anno precedente.

Ricovero Diurno	Posti letto diurni medi	Ingressi	Accessi	Presenza media $\frac{Accesssi}{Giorni\ apertura}$	Accessi medi $\frac{Accessi}{Ingressi}$	Tasso di occupazione $\frac{Accessi}{(P.L)x(GiorniApertura)}x100$
Anno 2016	45	3.360	4.965	19,5	1,5	21,7%
Anno 2015	45	3.711	5.843	22,8	1,6	25,4%

Per i ricoveri ordinari, di week surgery e diurni, le giornate/accessi di degenza comprendono i presenti ad inizio periodo, gli entrati nel periodo e gli entrati/usciti nella stessa giornata e si riferiscono a tutti gli episodi di ricovero anche se non ancora conclusi.

Le dimissioni si riferiscono ad episodi di ricovero chiusi.

1 Le giornate di degenza degli entrati/usciti stesso giorno sono valorizzate 1 in accordo con le nuove indicazioni del ministero della salute.

L'attività complessiva (degenza ordinaria, week surgery e diurna) è di 17.083 dimissioni per 58,2 milioni di euro, complessivamente stazionaria sia nel numero +57 (+0%) che nel valore +282 mila euro (+0%).

Quelle ordinarie sono state oltre 12mila per una valorizzazione stimata di 48,7 milioni di euro: in aumento rispetto al 2015 del +3% nel numero e +2% nel peso economico.

Da marzo 2015, come già detto, è stata avviata l'attività di week surgery. Nel 2016, ci sono state 1.333 dimissioni per un peso stimato di 3,9 milioni di euro.

Le dimissioni in regime diurno sono state 3.358 per 5,6 milioni di euro stimati. In calo rispetto al 2015 del -10% nel numero e -11% nel valore.

Dimissioni – Anno 2016 e confronto con stesso periodo anno precedente.

	Anno 2016		Variazione assoluta 2016/2015		Variazione % 2016/2015	
	dimissioni	tariffazione	dimissioni	tariffazione	dimissioni	tariffazione
Ordinarie	12.392	48,7 mln €	334	+726 mila €	3%	2%
Week Surgery	1.333	3,9 mln €	77	+256 mila €	6%	7%
Diurne	3.358	5,6 mln €	-354	-700 mila €	-10%	-11%
Totale	**17.083**	**58,2 mln €**	**57**	**+282 mila €**	**0%**	**0%**

Attività: dimissioni per residenti

L'attività per residenti è di oltre 14 mila dimissioni, incluse 600 dimissioni con DRG 391 "Neonato sano"[2]. Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente risulta un incremento di +241 dimissioni (+2%) cui corrisponde un aumento di 637 mila euro del peso economico (+1%).

Dimissioni per residenti Ulss 17 inclusi DRG 391 – Anno 2016 e confronto con anno precedente.

	Anno 2016		Variazione assoluta 2016/2015		Variazione % 2016/2015	
	Dimissioni residenti	Tariffazione residenti	dimissioni	tariffazione	dimissioni	tariffazione
Ordinarie	10.580	41,7 mln €	258	+633 mila €	2%	2%
Week Surgery	1.119	3,2 mln €	99	+292 mila €	10%	10%
Diurne	2.704	4,5 mln €	-116	-289 mila €	-4%	-6%
Totale	14.403	**49,5 mln €**	241	**+637 mila €**	2%	1%

Mobilità attiva

L'attività per non residenti, mobilità attiva, è complessivamente di 2.652 dimissioni per 8,6 milioni di euro. Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente risulta in diminuzione nel numero (-192 dimissioni, -7%) e nel valore (-407 mila euro, -5%).

Mobilità attiva: dimissioni per non-residenti – Anno 2016 e confronto con stesso periodo anno precedente.

	Anno 2016		Variazione assoluta 2016/2015		Variazione % 2016/2015	
	Dimissioni non residenti Ulss17	Tariffazione non residenti Ulss17	dimissioni	tariffazione	dimissioni	tariffazione
Ordinarie	1.785	6,8 milioni €	67	+40 mila €	4%	1%
Week Surgery	214	668 mila €	-22	-36 mila €	-9%	-5%
Diurne	653	1,1 milioni €	-237	-410 mila €	-27%	-27%
Totale	2.652	**8,6 milioni €**	-192	**-407 mila €**	-7%	-5%

[2]Nel 2015 ci sono state 509 dimissioni con DRG 391.

Tasso ospedalizzazione annuale: anno 2016

Escludendo le dimissioni con DRG 391 che non rientrano nei calcoli regionali del tasso di ospedalizzazione, risultano 13.803 le dimissioni effettuate nel 2016 in ex Ulss17 per residenti. Sono 8.545 quelle effettuate da altre Ulss venete per nostri residenti nel 2016.

Le dimissioni annue di nostri residenti presso strutture di altre regioni sono ipotizzate in 1.046 (informazione stimata con l'ultimo dato reso disponibile dalla regione relativo all'anno 2015).

La stima pertanto del tasso grezzo di ospedalizzazione per l'anno 2016 è pari a 127,9‰, in aumento rispetto al 2015 ma comunque inferiore al nuovo limite regionale per il 2016 di 135‰. Considerata la struttura della popolazione presente in ex Ulss 17, il tasso standardizzato per età e sesso calcolato a livello regionale risulta ugualmente inferiore.

Tasso ospedalizzazione - Periodo 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasso grezzo ospedalizzazione	139,7	138,6	136,8	128,8	126,9	127,9
Tasso ospedalizzazione standardizzato (fonte regione)	137,9	135,4	134,2	127,7	127,2	

ATTIVITÀ SALE OPERATORIE

Si riporta di seguito l'attività delle sale operatorie per regime ordinario, week surgery, diurno ed ambulatoriale che risulta dagli archivi aziendali del registro di sale operatorie. Il tempo è espresso in ore e minuti ed è riferito alla durata degli atti operatori in senso stretto3.

Atti operatori

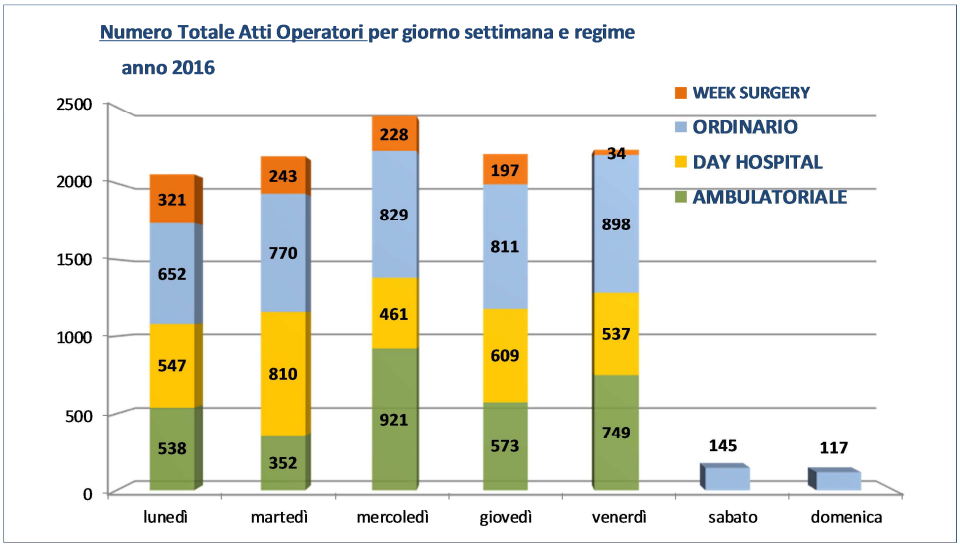
Nel 2016 ci sono stati complessivamente 11.342 atti operatori di cui 4.222 in regime ordinario, 3.133 in regime ambulatoriale, 2.964 in regime diurno e 1.023 in week surgery.

Numero Atti Operatori per giorno della settimana e regime – Anno 2016

Giorno settimana	Totale Numero atti	Di cui regime			
		Ambulatoriale	Day hospital	Ordinario	Week surgery
Lunedì	2.058	538	547	652	321
Martedì	2.175	352	810	770	243
Mercoledì	2.439	921	461	829	228
Giovedì	2.190	573	609	811	197
Venerdì	2.218	749	537	898	34
Sabato	145			145	
Domenica	117			117	
Totale	11.342	3.133	2.964	4.222	1.023

Si riporta nel grafico seguente il numero totale atti operatori per giorno della settimana.

[3] Non comprende il tempi di preparazione delle sale operatorie prima e dopo l'intervento in senso stretto.

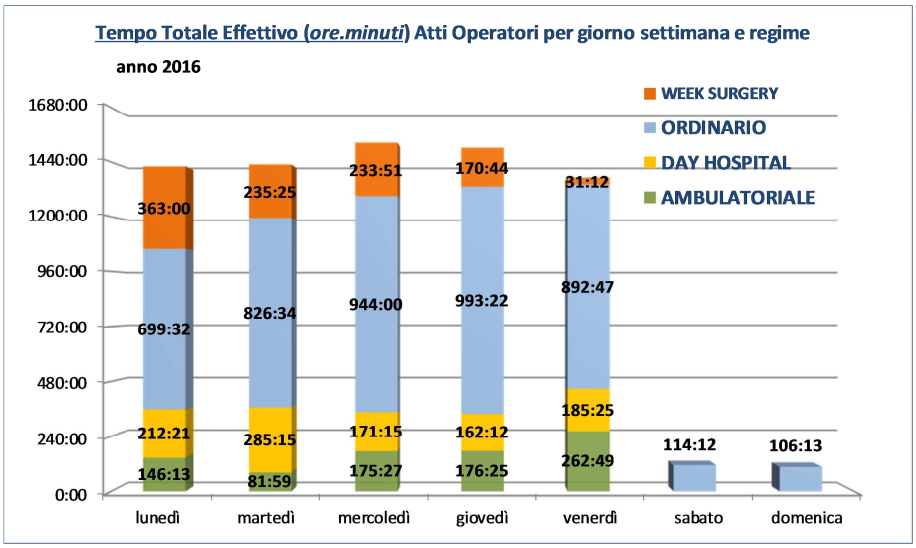


Il tempo effettivo totale degli atti operatori è stato complessivamente di quasi 7.500 ore. Di cui 4.577 ore sono per atti operatori in regime ordinario, 1.034 ore per atti in week surgery, 1.016 ore in regime diurno e 843 ore in regime ambulatoriale.

Numero Atti Operatori, Tempo Totale Effettivo (*ore.minuti*) e tempo medio effettivo (*ore.minuti*) per giorno della settimana – Anno 2016

Giorno settimana	Totale Numero atti	Totale Tempo effettivo **(hh.mm)**	Media Tempo effettivo **(hh.mm)**
Lunedì	2.058	1421:06	27:19
Martedì	2.175	1429:13	27:29
Mercoledì	2.439	1524:33	29:19
Giovedì	2.190	1502:43	28:53
Venerdì	2.218	1372:13	25:53
Sabato	145	114:12	2:09
Domenica	117	106:13	2:02
Totale	11.342	**7470:13**	

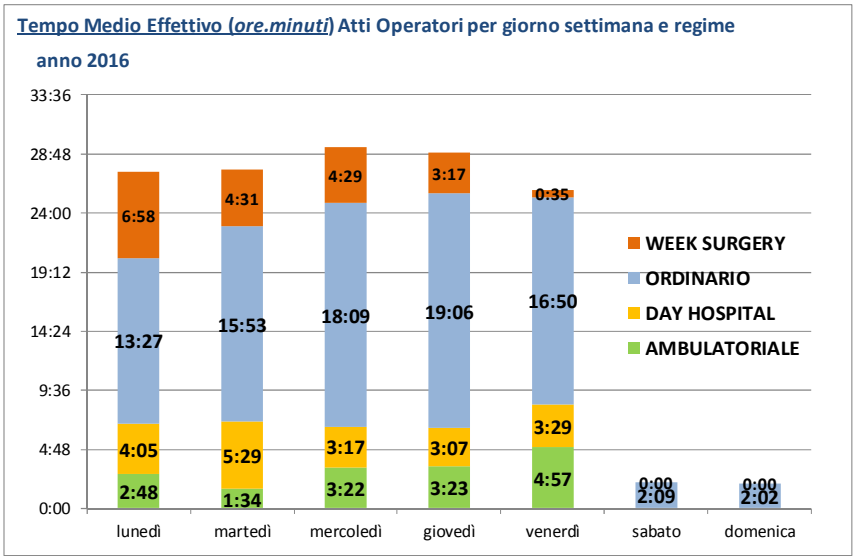
Si riporta nel grafico seguente il tempo totale effettivo per gli atti operatori per giorno della settimana.



Nelle giornate di sabato e di domenica, le sale operatorie sono occupate per atti operatori in regime ordinario e prevalentemente d'urgenza, mediamente per circa 2 ore. Nei rimanenti giorni della settimana il

tempo medio di effettivo utilizzo giornaliero per gli atti operatori varia dalle quasi 26 ore del venerdì alle oltre 29 ore del mercoledì.

Si riporta nel grafico seguente il tempo medio effettivo per giorno della settimana



Sono disponibili i dati di dettaglio per reparto chirurgico, regime d'intervento e tipologia.

PRONTO SOCCORSO

Accessi

Gli accessi di pronto soccorso nel 2016 sono stati quasi 54 mila. Sono in aumento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (+7%). Sono calati solo i codici verdi (-4%) ed i controlli programmati. Le altre tipologie di accesso sono invece aumentate.

I codici bianchi in entrata sono stati circa il 43% degli accessi in pronto soccorso, i verdi il 30%. I codici rossi sono mediamente 19 a settimana pari all'2% degli accessi e quelli gialli sono circa 244 a settimana (24% degli accessi).

Accessi di pronto soccorso secondo il codice di gravità attribuito in entrata – Anno 2016

Codice triage	Accessi	Var. assoluta 2016/2015	Var. % 2016/2015	% su totale accessi	Media mensile	Media settimanale
Codice bianco	22.826	5.725	33%	43%	1.902	439
Codice verde	16.187	-675	-4%	30%	1.349	311
Codice giallo	12.680	1.525	14%	24%	1057	244
Codice Rosso	988	25	3%	2%	82	19
Controlli programmati	1.017	-3.211	-76%	2%	85	20
Totale accessi pronto soccorso	53.698	3.389	7%	100%	4.475	1.033

Degli accessi in pronto soccorso quelli cui è seguito un ricovero sono 6.720, pari all'13%, in aumento rispetto all'anno precedente, mentre quelli trasferiti ad altro istituto sono 145 e sono stazionari.

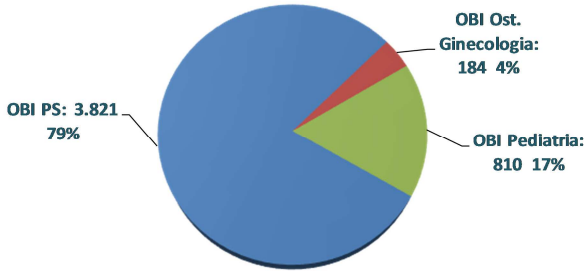
Complessivamente gli "abbandoni del DEA/PS" sono 478 (324 prima della visita medica e altri 154 durante gli accertamenti). Sono pari a 1% degli accessi.

Accessi di pronto soccorso distinti per esito – Anno 2016

Accessi distinti per Esito	Anno 2016		Var. 2016/2015	
	numero	% su totale	assoluta	%
Giunto cadavere	0	0%	-4	-100%
Dimissione a domicilio	42.089	78%	3.430	9%
Ricovero in reparto di degenza	6.720	13%	156	2%
Trasferimento ad altro istituto	145	0%	-2	-1%
Deceduto in DEA/PS	62	0%	-16	-21%
Rifiuta ricovero	237	0%	-69	-23%
Abbandono del DEA/PS prima della visita medica	324	1%	-64	-16%
Abbandono del DEA/PS in corso di accertamenti e prima della chiusura della cartella clinica	154	0%	-50	-25%
Dimissione a strutture ambulatoriali	3.967	7%	8	0%
totale	**53.698**	**100%**	**3.389**	**7%**

Osservazioni Brevi (OBI)

Gli accessi complessivi per Osservazioni Brevi (OBI) sono 4.815 di cui 3.821 (79%) del pronto soccorso, 810 (17%) sono pediatriche mentre quelle ginecologiche sono 184 (4%).



Alcuni indicatori particolari

Tra gli indicatori per la valutazione delle aziende sanitarie è previsto che il 90% degli accessi in pronto soccorso4, deve essere concluso entro 4 ore.

Nel 2016 il 90° percentile è raggiunto a 4h 23', oltre soglia ma in costante diminuzione, sia rispetto ai primi mesi del 2016, sia rispetto al valore rilevato per l'intero 2015.

Obiettivo 90° percentile accessi PS		Anno 2016	9 mesi 2016	6 mesi 2016	3 mesi 2016	Anno 2015
C.5.1	**90° percentile accessi PS < 4 ore**	**4h 23'**	**4h 23'**	**4h 30'**	**4h 38'**	**4h 37'**
	% accessi PS con durata < 4 ore	**87%**	**86,90%**	**85,85%**	**84,87%**	**85,44%**

Si alza infatti la percentuale degli accessi che vengono conclusi entro le 4 ore: nel 2015 è 85,44% mentre nel 2016 è 87%.

4 Calcolato solo per codici Bianchi e Verdi ed escludendo i casi "giunto cadavere" e "deceduto in DEA/PS" e OBI.

Assistenza Territoriale

L'azienda opera mediante 30 presidi a gestione diretta e 47 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Le tabelle successive, relative all'anno 2016, riportano le sedi per tipologia di struttura e il tipo di assistenza erogata, come risulta nell'anagrafe delle strutture STS11 dei Flussi Informativi Ministeriali di NSIS del Ministero della Salute.

Per le strutture a gestione diretta:

Tipo struttura	Tipo Assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Asssitenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio / Laboratorio	9	4*	3*	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Struttura residenziale	...	...	...	...	pl.23	...	...	...	...	...	...	pl.8
Struttura semiresidenziale	...	...	...	...	pl.22	...	...	...	...	...	...	...
Altro tipo di struttura	14	...	...	4*	4*	2*	...	...	...	...	...	pl.33 **

**conteggiati anche nell' "attività clinica".*
*** posti letto ospedale di comunità.*
Nota: Per le strutture residenziali e semiresidenziali sono inseriti i posti letto.

Gli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 sono zero, per complessivi zero posti letto residenziali e zero posti letto semiresidenziali.

Per le strutture convenzionate:

Tipo struttura	Tipo Assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Asssitenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio / Laboratorio	2	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Struttura residenziale	...	...	...	...	26 pl.	...	...	...	1.048 pl. *	...	98 pl. **	...
Struttura semiresidenziale	...	...	...	...	...	...	...	...	60 pl.	...	234 pl.	...
Altro tipo di struttura	1	...	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...
Medico Singolo	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

**di cui 59 pl. chiusi a marzo 2016".*
*** di cui 20 pl. aperti a novembre 2016.*
Nota: Per le strutture residenziali e semiresidenziali sono inseriti i posti letto.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono zero, per complessivi zero posti letto residenziali e zero posti letto semiresidenziali.

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 132 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 161.423 unità, e 20 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 18.914 unità.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La fatturazione teorica lorda da tariffario delle prestazioni erogate per utenti esterni nell'anno 2016 è di 33,4 milioni di euro per oltre 1,8 milioni di prestazioni. Le strutture pubbliche dell' Ulss 17 hanno erogato quasi 1,7 milioni di prestazioni cui corrisponde una tariffazione teorica lorda di 25,3 milioni di euro. Il privato accreditato ha erogato oltre 180 mila prestazioni per 8,1 milioni di euro di tariffazione teorica lorda.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali – Anno 2016 [5] .

	Anno 2016		Variazione 2016/2015	
	prestazioni	tariffazione	prestazioni	tariffazione
Pubblico Ulss17	1.685.405	25,3 milioni €	-75 mila (-4%)	+382 mila € (+2%)
Privato accreditato	180.539	8,1 milioni €	-54 mila (-23%)	-5,4 milioni € (-40%)
Totale	1.865.944	**33,4 milioni €**	**-129 mila (-6%)**	**-4,9 milioni € (-13%)**

Calano le prestazioni erogate e la loro tariffazione. Il calo delle prestazioni è attribuibile alle strutture accreditate (- 40%, -5,4milioni di euro) ed in particolare ad Iniziativa Medica dove diminuiscono le prestazioni rese ad assistiti di altre regioni ed in particolare dell'Emilia Romagna per indicazioni date da tale regione ai propri MMG.

Nel pubblico, calano in particolare le prestazioni imputabile alle branche di Radiologia, Laboratorio e Medicina Fisica e Riabilitazione. Quest'ultime calano a seguito principalmente delle indicazioni regionali di erogazione di un solo ciclo annuale per determinate prestazioni (ex DGR 1903 del 23/12/2015).

Attività: prestazioni specialistiche per residenti

L'attività per residenti in Ulss 17, comprensiva anche delle prestazioni di laboratorio, è di oltre 1,7 mila prestazioni per 27 milioni di euro di tariffazione teorica lorda, pari al 94% delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate (82% del valore totale delle prestazioni). Rispetto allo stesso periodo del 2015 cala il numero di prestazioni (-116 mila, -6%) mentre rimane stazionaria la tariffazione teorica di +90 mila euro (0%).

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per residenti Ulss 17 erogate in ex Ulss 17 – Anno 2016 (provvisorio) e confronto stesso periodo anno precedente.

	Anno 2016		Var. assoluta 2016/2015		Var.% 2016/2015	
	prestazioni	tariffazione	prestazioni	tariffazione	prestazioni	tariffazione
Pubblico Ulss17	1.600.394	23.762.574 €	-85.177	406.890 €	-5%	2%
Privato accreditato	151.624	3.554.269 €	-31.109	-316.675 €	-17%	-8%
Totale	1.752.018	27.316.843 €	-116.286	90.215 €	-6%	0%

Tasso prestazioni specialistiche anno 2016

Escludendo le prestazioni afferenti alla branca medicina di laboratorio, non considerate nel conteggio delle prestazioni per abitante secondo le indicazioni regionali, le altre prestazioni ambulatoriali per residenti Ulss 17 erogate in Ulss 17 nel 2016 sono 492 mila. L'obiettivo regionale di 4 prestazioni annue per abitante, comprende anche le prestazioni erogate a nostri residenti da altre ulss del Veneto. Sono stati addebitati dalle altre ulss venete, nel 2016, escludendo laboratorio e pronto soccorso, 191 mila prestazioni.

Per l'anno 2016 la stima del numero di prestazioni per abitante è di 3,7, in ulteriore calo rispetto al 2015 ed inferiore al valore soglia regionale di 4 prestazioni per abitante**.**

[5] Informazioni da Flusso SPS integrato con archivio accreditati. Sono escluse le prestazioni per screening che dal 2013 vanno trasmesse in regione con il flusso SPS identificate da codice particolare.

Prestazioni per abitante - Periodo 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prestazioni per abitante (tasso grezzo)	5,8	5,6	4,7	4,1	3,9	3,7
Prestazioni per abitante (tasso standardizzato-fonte Regione)	5,67	5,41	4,71	4,24	4,05	

Secondo quanto previsto dalla Normativa Regionale (DGR 320/2013 e successive modifiche ed integrazioni) è stato programmato un piano relativo alla specialistica ambulatoriale in orario serale, festivo e prefestivo e altre attività aggiuntive rispetto alla programmazione istituzionale con erogazione di prestazioni risultate particolarmente critiche a seguito dell'analisi dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti, oltre alla necessità di ottimizzare l'attività delle grandi macchine radiologiche (TAC, RMN). Pertanto sono state effettuate attività di radiologia, cardiologia, ortopedia, endocrinologia, oncoematologia, diabetologia.
L'effettuazione delle sopracitate attività ambulatoriali istituzionali, supplementari rispetto alla normale programmazione, ha consentito di migliorare notevolmente le tempistiche di attesa per le prestazioni erogate.
Al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa, inoltre, si è concertato con gli specialisti di tutte le discipline il ripristino delle "forzature" (overbooking).

PRESTAZIONI TERMALI

L'attività termale presso le nostre strutture accreditate è iniziata a fine marzo ed è terminata con novembre.
Nel corso del 2016 sono state erogate oltre 197 mila prestazioni termali per una fatturazione lorda di 1,7 milioni di euro. Di queste il 30% sono per residenti in Ulss 17 pari a oltre 59 mila prestazioni per una fatturazione lorda di quasi 483 mila euro. L'attività per residenti in altre aziende venete o di altre regioni è nel 2016 per prestazioni per oltre 1,2 milioni di euro. Per effetto dei tetti 2013-2015[6] alle strutture termali, nel 2016, sono stati effettivamente riconosciuti 1,473 milioni lordi[7].

Prestazioni Termali erogate dalle strutture accreditate Ulss 17 – Anno 2016 e 2015.

	totale			di cui residenti ex ulss 17		
	prestazioni	fatturato lordo	di cui ticket	prestazioni	fatturato lordo	di cui ticket
Anno 2016	197.330	1.670.848 €	360.496 €	59.673	482.704 €	101.388 €
Anno 2015	202.063	1.676.838 €	333.179 €	61.634	490.490 €	94.642 €

[6] Stabiliti con DGR 438/2014, e del successivo assestamento di budget 2015 definito con decreto regionale n.5/2015.
[7] Budget termale 2016 con assestamento: 1.473.135 ero lordi.
Budget termale 2015 con assestamento: 1.468.992 euro lordi pari a 1.175.866 euro al netto ticket.

ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE

Utenti

Nel 2016 gli utenti seguiti nelle strutture psichiatriche territoriali sono complessivamente 2.926 e sono diminuiti rispetto all'anno precedente. Sono prevalentemente in età adulta: ci sono solo 2 utenti con meno di 17 anni seguiti dai Centri di Salute Mentale sia di Este che di Monselice.

Utenti con cartelle attive con prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale – Anno 2016.

	Anno 2016		Anno 2015		variazione 2016/2015	
	Utenti	Di cui <17 anni	Utenti	Di cui <17 anni	Utenti	Di cui <17 anni
Centri Diurni	89		99		-10	
CSM	3.721	3	3.672	3	49	0
Comunità alloggio	15		17		-2	
CTRP	41		38		3	
Gruppo appartamento protetto			8		-8	
Totale	**2.926**	**2**	**3.003**	**3**	**-77**	**-1**

N.B.:Gli utenti per ulss non corrispondono alla somma utenti perché alcuni sono presenti su più strutture

Giornate presenza in strutture semiresidenziali

Le giornate di assistenza nelle strutture semiresidenziali (Centri Diurni) sono prevalentemente per utenti con presenza superiore a 4 ore: 3.332 giornate (-777 giornate rispetto allo stesso periodo del 2015, pari a -19%). Le giornate con assistenza inferiore a 4 ore sono complessivamente 746 (-226 giornate, -23%).

Giornate di presenza in strutture semiresidenziali – Anno 2016 e confronto con anno precedente.

	Anno 2016	Anno 2015	variazione 2016/2015	
	Numero giornate	Numero giornate	Assoluta	Percentuale
Giornate con presenza < 4 ore	746	972	-226	-23%
Giornate con presenza > 4 ore	3.332	4.109	-777	-19%

Presenza in strutture residenziali

Nelle strutture residenziali (CTRP, comunità alloggio e GAP) i posti letto comunicati con modello STS24 sono complessivamente 49. Nel 2016 sono stati registrati 72 ricoveri con 21.526 giornate di assistenza complessive.

Giornate di presenza in strutture residenziali – Anno 2016.

	Anno 2016	Anno 2015
Presenti ad inizio anno+ Ingressi nel periodo	72	58
Giornate	21.526	17.710

DIPARTIMENTO AREA PREVENZIONE

HOSPICE

I pazienti in Hospice nel 2016 sono complessivamente 114 e le giornate di presenza sono state 2.619. Tre pazienti in meno rispetto al 2015 con 179 giornate di presenza in più. Prevalentemente si tratta di utenti residenti in Ulss 17. Gli utenti residenti in altre Ulss sono 15 cui sono associate 436 giornate di presenza ed una valorizzazione in mobilità di poco oltre 91 mila €[8].

[8] La valorizzazione in mobilità attiva è di 210€ a giornata

Pazienti in Hospice in Ulss 17 – Anno 2016 e confronto stesso periodo anno precedente.

Residenza	Anno 2016			Anno 2015			Variazione 2016/2015			Var. % 2016/2015		
	Numero utenti	Giornate presenza	Tariffa	Numero utenti	Giornate presenza	Tariffa	Numero utenti	Giornate presenza	Tariffa	Numero utenti	Giornate presenza	Tariffa
Ulss 17	99	2.183	458.430	106	2.290	480.900	-7	-107	-22.470	-7%	-5%	-5%
Fuori Ulss 17	15	436	91.560	11	150	31.500	4	286	60.060	36%	191%	191%
Totale	**114**	**2619**	**549.990**	**117**	**2440**	**512.400**	**-3**	**179**	**37.590**	**-3%**	**7%**	**7%**

OSPEDALE DI COMUNITÀ

Da luglio 2014 è iniziata l'attività di Ospedale di Comunità a Conselve con 8 posti letto e da ottobre 2015 è iniziata l'attività di Ospedale di Comunità a Montagnana inizialmente con 10 posti letto e poi, da novembre, con 25 posti letto.
In totale ci sono state 182 dimissioni per 8.810 giornate di degenza per un valore totale di oltre 1 milione di euro.
A Conselve, nel 2016, ci sono state 53 dimissioni, per un totale di 2.336 giornate di degenza. La durata media di degenza è di 44 giorni. La maggior parte dei pazienti è stata dimessa a domicilio senza ADI. Il tasso di occupazione dei posti letto è del 80%.
A Montagnana le dimissioni, nel periodo, sono state 129 per un totale di 6.474 giornate di degenza.
La durata media di degenza è di 50 giorni. Il tasso di occupazione dei posti letto è del 71%. La maggior parte dei pazienti è stata dimessa a domicilio con ADI

Dimissioni dall'ospedale di Comunità di Conselve – Anno 2016

classe dimissioni	Numero dimissioni	Giornate degenza	Valorizzazione totale da tariffa	di cui tariffazione carico utente
0-30 giorni	25	333	€ 38.961	€ 0
31-40 giorni	4	136	€ 15.912	€ 400
40-60 giorni	10	511	€ 59.787	€ 7.495
61 giorni e oltre	14	1.356	€ 158.652	€ 76.472
Totale Conselve	53	2.336	€ 273.312	€ 84.367

Dimissioni dall'ospedale di Comunità di Montagnana – Anno 2016.

classe dimissioni	Numero dimissioni	Giornate degenza	Valorizzazione totale da tariffa	di cui tariffazione carico utente
0-30 giorni	45	805	€ 94.185	€ 0
31-40 giorni	19	673	€ 78.741	€ 2.575
40-60 giorni	32	1.593	€ 186.381	€ 22.085
61 giorni e oltre	33	3.403	€ 398.151	€ 204.441
Totale Montagnana	129	6.474	€ 757.458	€ 229.101
Totale Conselve + Montagnana	182	8.810	€ 1.030.770	€ 313.468

Occupazione posti letto ospedali di comunità – Anno 2016

posti letto medi Conselve	**8**	tasso occupazione posti letto	**80%**
posti letto medi Montagnana	**25**	tasso occupazione posti letto	**71%**

Ospedale di comunità - modalità dimissione - Anno 2016

Modalità dimissione	Conselve	Montagnana
Altra struttura di cure intermedie (ODT, URT, Hospice)		2
Altro		4
Decesso	8	16
Domicilio dell'assistito con ADI	10	33
Domicilio dell'assistito senza ADI (o SAD)	15	20
Struttura Ospedaliera	13	18
Struttura sociale (es Casa Albergo per Anziani)	7	10
Struttura Socio-san. Residenziale extra ospedaliera		26
TOTALE	53	129

ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE

L'anno 2016 è stato anche per il Distretto un periodo di allineamento con gli altri Distretti in vista della istituzione delle Nuove Aziende ULSS così come definita con la legge Regionale n. 19 del 25.10.2016.

A seguito della variazione degli incarichi di alcuni Dirigenti distrettuali si è provveduto all'aggiornamento delle nomine dei sostituti dei Responsabili delle UU.OO in caso di assenza e/o loro impedimento.

Per quanto riguarda l'attuazione della Delibera ex Direttore Generale Az.ULSS 17, è mancata la pratica attuazione per la parte relativa al completamento dell'Ospedale di Comunità di Conselve, causa la mancata autorizzazione all'assunzione di personale ASSISTENZIALE giusta anche la sopravvenienza delle indicazioni regionali a norma delle quali ogni nuova attivazione di servizi e/o posti letto deve conseguire ad una corrispondente riduzione dei relativi costi.

SPOSTAMENTI UFFICI/SERVIZI:

Trasferimento degli ambulatori Ginecologici di afferenza dei Consultori Familiari presso nuovi locali sia presso il Centro Polifunzionale di Este che di Monselice;

Trasferimento presso gli Ospedali Riuniti Madre Teresa di Calcutta dell'ambulatorio di Medicina dello Sport, dell'ambulatorio di Cardiologia, degli ambulatori di Pneumologia di Este e Monselice e della Coordinatrice UOS Attività Specialistiche;

Nel corso dell'anno 2016 sono inoltre state attivate 4 Medicine di Gruppo Integrate in applicazione del Piano di Riorganizzazione dell'assistenza territoriale e di attuazione del Progetto di Sviluppo delle Cure Primarie, le cui linee di indirizzo sono state emanate con DD.GG.RR n. 1666/2011, n.1510/2012 e 751/2015 (giuste delibere nn. 150 del 26/2/2016, 419 e 422 del 8/06/ (MGI Di Pernumia, Conselve, Due Carrare ed Este alle quali seguirà entro il 2017 l'attivazione della MGI di Montagnana). Sempre nel corso del 2016 si è riusciti a fornire, a seguito di apposite procedure di gara, un'adeguata tecnologia sanitaria (ECG carellato, Spirometro, saturimetro).

Nel corso del 2016 gli operatori degli Sportelli amministrativi distrettuali sono stati impegnati in numerosi incontri volti alla predisposizione/revisione delle Istruzioni Operative per attività di sportello Italiani e Stranieri e condivisione della nuova modulistica adottata a livello distrettuale per progetti curativi e riabilitativi, per invalidi di guerra/servizio, domanda di autorizzazione alle cure climatiche etc. Tali incontri si

sono tenuti principalmente nel corso del I trimestre 2016 mentre da ottobre a dicembre 2016 si è tenuto apposito corso formativo su "Istruzioni Operative concernenti i cittadini bisognosi di assistenza da e per l'estero" autorizzato con Delibera n.76 del 17.05.2016 con docente Regionale (dr.ssa Paola Cancellier). È stato altresì inserito nella programmazione della formazione degli operatori degli sportelli amministrativi distrettuali un ulteriore corso formativo "Come migliorare il rapporto comunicativo con l'Utenza Straniera" formazione che si terrà nel corso del 2017.
Anche nel corso dell'anno 2016, si è proceduto all'attivazione di "aperture straordinarie" degli sportelli amministrativi al fine di favorire l'accesso all'utenza in occasione della cessazione del rapporto convenzionale di alcuni MMG (dal 19 al 30/9/2016 cessazione MMG area del Conselvano e dal 17 al 28/10/2016 cessazione MMG area Estense, oltre alle consuete aperture straordinarie programmate nel mese di marzo in occasione del rinnovo dei certificati di esenzione per reddito. Tali iniziative hanno trovato l'approvazione da parte dell'utenza che in tali occasioni ha potuto usufruire di un servizio più accessibile in tutte le sedi distrettuali.

In merito agli Sportelli dedicati per gli ausili per l'incontinenza, ubicati nelle 4 sedi dell'Azienda si è provveduto, previa verifica degli accessi giornalieri, a ridurre leggermente l'orario di apertura al fine di ottimizzare le risorse messe a disposizione dalla Ditta aggiudicataria del servizio pur mantenendone invariati i giorni di apertura ivi compreso il sabato mattina, sempre nell'ottica di facilitare l'accesso all'utenza.

Per quanto concerne l'attività degli Sportelli dedicati agli Stranieri la stessa è stata costantemente monitorata rilevando il dato minimo e massimo di numero di pratiche evase mensili oscillanti dalle 800 alle 1000/1200. Il maggior flusso di utenza e conseguentemente il maggior numero di pratiche elaborate si riferisce allo Sportello Amministrativo sito presso il Centro Polifunzionale di Monselice dove convergono peraltro tutte le richieste di rilascio delle tessere STP in favore di ospiti presso le Cooperative di accoglienza profughi operanti nell'ambito territoriale del Monselicense/Conselvano (vedi Centro di Accoglienza di Bagnoli).

A seguito di incontri avvenuti a livello aziendale con gli interlocutori delle Cooperative del territorio che gestiscono l'accoglienza dei profughi, rappresentanti degli sportelli distrettuali dedicati alle attività di gestione richieste rilascio STP Profughi, Responsabile del SISP e Direttore dell'UOC Pronto soccorso sono state definite nuove linee organizzative nonché modulistica per una più efficiente gestione delle problematiche connesse all'accesso dei profughi presso le Strutture Ospedaliere e Distrettuali per accertamenti/terapie e definizione pratiche. Quanto sopra si è reso necessario ed indispensabile vista l'esponenziale crescita del numero di profughi accolti nel corso dell'anno 2016 presso i centri di accoglienza del nostro territorio nonché l'insorgere di situazioni di forte tensione e criticità in particolare presso il Centro di Accoglienza di Bagnoli. Alcuni dei principali temi affrontati sono stati:

- Il non corretto accesso al Servizio di Pronto Soccorso Ospedaliero che ha prodotto un alta percentuale di codici bianchi, nonché difficoltà di presa in carico dei pazienti per mancanza di un accompagnatore/mediatore culturale;
- Un forte incremento delle richieste di rilascio di tessere STP con conseguente aumento dell'attività di tipo amministrativo in carico agli Sportelli;
- Problematiche connesse all'accesso dei profughi al Dispensario Funzionale con conseguente necessità di riorganizzare ed ampliare le aperture.

Numerosi sono stati gli incontri tra Referenti e Operatori dei vari servizi distrettuali al fine di condividere gli obiettivi distrettuali ed aziendali le modalità operative, le problematiche, i progetti di aggiornamento/miglioramento dell'organizzazione distrettuale nonché:

- Prosecuzione incontri sul percorso UVMD per rendere più appropriati percorsi assistenziali in considerazione dell'esponenziale incremento di richieste al fine di rispondere in maniera più efficiente alle numerose richieste provenienti dai Reparti ospedalieri e dal territorio riuscendo così a

seguire ed accompagnare l'utente nell'individuazione del progetto assistenziale più consono alle esigenze clinico-sanitarie e sociali del familiare;

- Prosecuzione incontri con i referenti ed operatori del Dipartimento Prevenzione e Sisp e servizi distrettuali al fine di adottare percorsi condivisi per far fronte al costante incremento dell'afflusso di profughi ospiti presso le Cooperative del territorio di afferenza aziendale. Sono state trasferite dal Distretto al Dipartimento di Prevenzione le competenze per la gestione degli Ambulatori STP e Dispensario Funzionale, ambulatori la cui attività verrà peraltro garantita anche dai Medici del Servizio di Continuità assistenziale e Pneumologi in locali messi a disposizione dal Distretto;
- Prosecuzione incontri Referenti area Infanzia Adolescenza e Famiglia;
- Incontri con Responsabile Hospice per condivisione bozza Progetto miglioramento della rete Cure Palliative ed incontri periodici con Equipe Hospice nonché incontri per condivisione obiettivi;
- Incontri con fisioterapisti di afferenza Distrettuale per gestione istruttorie richieste ausili nel percorso Ospedale /Territorio, consulenze fisiatriche domiciliari, condivisione della nuova scheda di compatibilità ausili predisposta al fine di facilitare l'individuazione del fabbisogno primario dell'assistito rispetto al suo possibile recupero funzionale;
- Incontri con gli infermieri degli sportelli sanitari distrettuali per condivisione nuovi percorsi, per discussione eventuali problematiche, comunicazioni/aggiornamenti organizzativi a livello aziendale, condivisione obiettivi;
- Incontri con Coordinatori Distrettuali per condivisione percorsi, prescrizione ausili, organizzazione turnistica personale, trasferimento coordinamento personale Sportelli Sanitari alla Referente della Centrale Operativa Territoriale, Dr.ssa Capuzzo, soluzione criticità legale al percorso di dimissione paziente fragile;
- Incontri con Dirigente Area Chirugica e Medici Dermatologi SAI per condivisione percorso comune per la gestione di pazienti con presenza di lesione su cute da asportare e relativa condivisione del percorso con i MMG.

Dipartimento Prevenzione

Gli indicatori selezionati per il monitoraggio delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione sono riportati nella tabella seguente.

	al 31-12-2016			al 31-12-2015		
SISP						
vaccinazioni: (% Copertura a 24 mesi)	**numero vaccinazioni effettuate dal 1.1.2016 al 31.12.2016**	**cop. 24 mesi**	**cop. 15 mesi**	**numero vaccinazioni effettuate dal 1.1.2015 al 31.12.2015**	**cop. 24 mesi**	**cop. 15 mesi**
polio *(soglia regione: 95%)*	6.753	**91,34%**	**89,79%**	6.118	**91,27%**	**85,33%**
difterite	6.959	**91,49%**	**89,79%**	6.370	**91,20%**	**85,63%**
tetano	7.394	**91,79%**	**89,79%**	6.895	**91,54%**	**85,78%**
epatite B	4.153	**91,34%**	**89,72%**	4.191	**91,00%**	**85,33%**
esavalente	3.637	**91,18%**	**89,71%**	3.814	**90,93%**	**85,33%**
morbillo	3.129	**88,53%**	**80,92%**	2.627	**85,96%**	**69,34%**
pneumo	3.764	**86,35%**	**63,58%**	4.244	**83,18%**	**41,06%**
meningo C	1	nota 1	nota 1	56	**80,10%**	**0,60%**
meningo ACWY	2.130	90,88%	**88,79%**	2.116	54,40%	**85,67%**
meningo B	4.732	nota 2	nota 2			
varicella (MPRV)	2.427	**87,41%**	**79,90%**	2.222	**84,81%**	**68,28%**
Screening: (% di adesione)	**numero**	**% adesione grezza**	**% adesione corretta**	**numero**	**% adesione grezza**	**% adesione corretta**
cito *(soglia regione: 60%)*		45,50%	**55,70%**		47,30%	**58,30%**
mammo *(soglia regione: 80%)*		64,20%	**75,60%**		71,10%	**80,20%**
colon *(soglia regione: 65%)*		60,90%	**62,40%**		59,50%	**61,00%**
inconvenienti igienici *(numero)*	**95**			**169**		
pratiche edlilizie *(numero)*						
(compr. di Conferenza dei Servizi, CTR, L.22)	**403**			**558**		
MEDICINA LEGALE						
n pratiche commissioni invalidi *(numero)*						
(data base 2012 in aggiornamento)	**6.177**			**5.922**		
tempi attesa ambulatoriali *(giorni)*	**132**			**104**		
tempi attesa domiciliari *(giorni)*	**92**			**85**		
provvedimenti astensioni anticipate per gravidanza (*numero)*	**217**			**213**		
visite fiscali *(numero)*	**334**			**561**		
Accertamenti necroscopici *(numero)*	**790**					
SPISAL						
aziende visitate *(numero)*	**539**			**555**		
sopralluoghi *(numero)*	**723**			**713**		
inchieste infortuni *(numero)*	**47**			**53**		
inchieste malattie professionali concluse *(numero)*	**101**			**138**		
totale verbali redatti *(numero)*	**539**			**555**		
verbali di prescrizione *(numero)*	**215**			**208**		
piani di lavoro per bonifiche amianto valutati *(numero)*	**314**			**385**		
SIAN						
aziende visitate *(numero)*	**484**			**568**		
soppralluoghi *(numero)*	**613**			**794**		
prelievi - acque *(numero)*	**266**			**286**		
prelievi - alimenti *(numero)*	**288**			**321**		
soggetti visitati ambulatorio nutrizionale - controlli *(numero)*	**1.601**			**1.553**		
soggetti visitati ambulatorio nutrizionale - Prime visite *(numero)*	**219**			**204**		
nutrizioni parenterali: consulenze	**62**			**56**		
nutrizioni parenterali: controlli	**22**			**25**		
AREA VETERINARIA	**totale**	**di cui**		**totale**	**di cui**	
		Area A	**Area B**	**Area C**	**Area A**	**Area B**	**Area C**
prelievi eseguiti piano residui - alimentazione animale *(numero)*	**88**			88	**72**			72
prelievi eseguiti piano residui - bestiame *(numero)*	**380**			380	**411**			411
interventi di macellazione *(numero)*	**1.331**	11	1.320		**1.172**	16	1.156	
interventi di sezionamento *(numero)*	**702**		702		**784**		784	
interventi uvac ministero *(numero)*	**43**	21	22		**25**	10	15	
soppralluoghi allevamenti *(numero)*	**600**	600			**410**	410		
certificati spostamenti animali *(numero)*	**1.380**	1.380			**1.200**	1.200		
cani catturati	**519**	519			**479**	479		
cani sterilizzati maschi/femmine	**145**	145			**182**	182		
cani affidati	**36**	36			**56**	56		
Gatti sterilizzati appartenenti a colonie feline	**288**	288			**616**	616		

nota 1: *sostituito in calendario dal men ACWY*
nota 2 *: offerta attiva avviata per i nati 2015*

Nel 2016 i **Servizi Veterinari** con la conferma degli incarichi di UU.OO.SS. e dei Servizi articolazioni interne dell'U.O.C. Servizio Igiene e Produzione Alimenti di origine Animale – Area B, conferiti verso la fine dell'anno precedente, hanno avuto il seguente assetto strutturale e organizzativo:

- UOC Servizio Igiene e Produzione Alimenti di Origine Animale – Area B (S.I.A.O.A.)
  con funzioni in capo al Direttore di UOC di coordinamento di tutta l'Area Veterinaria
  - ✓ UOS Servizio Igiene Macellazione Animali e Sezionamento (S.I.M.A.S.)
    UOS art.int. di UOC
  - ✓ UOS Servizio Igiene Alimenti Categorizzazione del rischio di Origine Animale (S.I.A.C.O.A.)
    UOS art.int. di UOC
  - ✓ Servizio Controllo Qualità Interne ed Esterne, art. int. di UOC
  - ✓ Servizio Benessere animale per la formazione, autorizzazione al trasporto e fasi di macellazione di animali da reddito Reg. CE 109972009 e 1/2005, art. int. di UOC
- USD Servizio Sanità Animale – Area A (S.S.A.)
- USD Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C (S.I.A.P.Z.)

Per quanto riguarda l'U.O.C. SISP nel corso del 2016, a fronte dell'assenza improvvisa di due medici verificatasi rispettivamente all'inizio di aprile e a giugno, è stato necessario portare variazioni all'assetto ambulatoriale nelle sue varie espressioni (ambulatorio di sanità pubblica, di vaccinazioni, di screening oncologici di 1° livello). In particolare è risultato inevitabile ridurre le attività di certificazioni medico legali, così detti ambulatori di Sanità Pubblica, mantenendo quelle squisitamente rientranti nei LEA quali vaccinazioni e screening. Ovviamente, dato il mandato istituzionale operativo del Sisp, si è cercato di mantenere il più possibile in asse le chiamate attive della popolazione pediatrica e successive età per quanto riguarda le vaccinazioni. Relativamente agli ambulatori screening cito, mammo e colon di 2° livello, data la realtà del nuovo Ospedale di Schiavonia, i relativi accertamenti sono stati accentrati in tale sede a partire dalla fine del 2014. Analogamente, per la procedura di vaccinazione in ambiente protetto (reparto di Pediatria) per il bambino allergico, si è aggiornato l'accesso, con variazione del giorno riservato a cadenza mensile, nel Nuovo Ospedale.

Screening

Le prestazioni erogate nei progetti di screening vengono inserite nel flusso SPS[9] ma non sono contabilizzate tra le prestazioni ambulatoriali per esterni.

Si riporta un riepilogo di quanto registrato nel 2016 confrontato con analogo periodo dell'anno precedente. Si tratta di oltre 45 mila prestazioni per una tariffazione teorica complessiva di oltre 1 milione di euro. Il numero delle prestazioni è in aumento del +5% (+2mila prestazioni), la tariffazione totale teorica aumenta del 12% (+111 mila euro).

Prestazioni erogate nei progetti di screening (flusso SPS) – Anno 2016 e confronto stesso periodo anno precedente.

			Anno 2016		var. ass.2016/2015		variaz. % 2016/2015	
Servizio	Prestazione		Numero	Tariffa teorica	Numero	Tariffa teorica	Numero	Tariffa teorica
Anatomia Pat.	91.24.9	Virus Papillomavirus (HPV) Analisi qualit.va DNA	8.089	584.025,80	959	69.240	13%	13%
Anatomia Pat.	91.38.5	Es. Citologico cervico vaginale [PAP test]	8.288	81.222,40	1.006	9.859	14%	14%
Anatomia Pat.	91.48.4	Prelievo Citologico	8.288	19.062,40	1.006	2.314	14%	14%
Radiologia	87.37.1	Mammografia Bilaterale (2 proiezioni)	7.465	281.430,50	970	36.569	15%	15%
Laboratorio	90.21.4	Feci Sangue Occulto (metodo immunologico)	13.284	45.165,60	-1.886	-6.412	-12%	-12%
Totale			45.414	1.010.906,70	2.055	111.569	5%	12%

[9] Da gennaio 2013 le prestazioni erogate nei progetti di screening vengono inserite nel flusso SPS Tali prestazioni sono identificate nel flusso SPS da un codice particolare.

Il personale dipendente

Al 31/12 /2016 i dipendenti (tempo indeterminato e determinato) sono n. **1.956** di cui:

- dirigenti medici e veterinari: **302**
- altri dirigenti non medici: **36**
- personale sanitario: **1.094**
- personale amministrativo: **176**
- personale tecnico: **347**
- personale tecnico professionale **1**

Infermieri addetti per attività domiciliare: **34** (già compresi nel personale sanitario).

Analisi caratteri quali-quantitativi

% media * crescita unità di personale negli anni (dal 2009 al 2014): **0,57**

% di dirigenti in possesso di laurea: **100**%

Analisi Benessere Organizzativo e della Conciliazione

Dimissioni premature nell'anno 2016	**n.102**
Infortuni nel 2016	**n.100**
Stipendio medio***** percepito (dirigenza)	**€ 79.750**
Stipendio medio***** percepito (comparto)	**€ 28.391**
% di personale assunto a tempo indeterminato	**65,49%**
n. postazioni telelavoro attivate	**0**

** la media è calcolata sul totale dei dipendenti.*

Personale a part time al 31/12/2016 **n. 180 / n. 6**
(personale non dirigente / dirigente)

% personale part time rispetto totale **11,13% / 1,78%**
(personale a tempo indeterminato e determinato non dirigente / dirigente)

Analisi di genere

Donne dipendenti totale	**70,96%**
Donne dirigenti totale	**7,68%**
Donne dirigenti 1^ fascia	**7,36%**
Donne dirigenti 2^ fascia	**0,31%**

Qualifica età media

Dirigenza medica e veterinaria	**50,35**
Dirigenza non Medica	**51,60**
Comparto: Ruolo Sanitario	**46,40**
Comparto: Ruolo Tecnico	**50,38**
Comparto: Ruolo Amministrativo	**51,24**

Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Nella tabella che di seguito si riporta (valori in €) sono riportate le principali voci di ricavo e di costo con riferimento al triennio 2014-2016:

CONTO ECONOMICO AZIENDA ULSS 17	BILANCIO DI ESERCIZIO 2014	BILANCIO DI ESERCIZIO 2015	BILANCIO DI ESERCIZIO 2016
Valore della Produzione	330.582.690,14	327.625.439,95	330.240.501,55
Costo della Produzione	-328.105.003,24	-346.390.956,97	-345.307.108,47
Proventi e Oneri Finanziari	-95.091,10	-42.433,43	-64.771,40
Rettifiche di valore	0,00	-705,58	0,00
Proventi e Oneri Straordinari	4.274.543,03	994.799,64	4.839.592,14
Imposte e Tasse	-6.515.960,90	-6.749.637,85	-6.691.374,58
Risultato di Esercizio	**141.177,93**	**-24.563.494,24**	**-16.983.160,76**

Per una analisi più argomentata si rimanda al punto 4 della presente relazione.

Tempistiche di pagamento

L' indicatore di tempestività dei pagamenti anno 2016 è – 0,36. L'indicatore è stato calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di invio del flusso di pagamento all'istituto tesoriere, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dal DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nella circolare n.22 del 22/07/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

			Σ[(data scadenza - data pagamento) x importo dovuto]	/	Σ importi pagati nel periodo di riferimento
INDICATORE TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI ANNO 2016	**- 0,36**	=	- 33.511.058,80	/	93.440.931.17

Standard di qualità-Percorsi Diagnostico terapeutici e Carta dei Servizi

Nel corso dell'anno sono stati attivati o aggiornati i seguenti protocolli:

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Area Distrettuale:

- PDTA Interventi a favore della tutela della salute della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali ed illegali Rev.01
- PDTA Gestione della BPCO Rev.00

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Area Medica:

- PDTA Il paziente con ictus Rev.02
- PDTA Il paziente con sclerosi multipla Rev.00

- PDTA Sindrome coronarica acuta con e senza elevazione del tratto ST Rev.03
- PDTA PDT del paziente affetto da Coronaropatia Multivasale Stabile nella Regione Veneto Rev.00

Tutti i su citati PDTA sono stati pubblicati nella bacheca del sito aziendale alla voce Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.

Un'ulteriore standard di qualità offerto è "La Carta dei Servizi" una guida completa per i cittadini e uno strumento per il miglioramento continuo della qualità.

La Carta dei Servizi ha lo scopo di rendere più comprensibili e accessibili i servizi offerti e favorire lo sviluppo di un processo di miglioramento continuo della qualità anche con la partecipazione dei Cittadini nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti e dichiarati. Con questo documento inoltre l'Azienda intende stimolare i cittadini e gli operatori ad essere parte attiva nel processo di erogazione del servizio, con lo scopo di fungere da stimolo positivo nella definizione di prestazioni in linea con i bisogni espressi. Pertanto ogni cittadino, operatore o utente è chiamato, nello spirito della partecipazione, a dare il proprio contributo di idee e suggerimenti, ma anche a mettere in atto comportamenti finalizzati ad un uso responsabile e corretto dei servizi.

La Carta dei Servizi è un documento che contiene le informazioni utili, sotto forma di guide, ed è composta da 7 fascicoli:

1. Presentazione dell'Azienda e principi fondamentali (agg. Settembre 2016)
2. Guida all'assistenza specialistica ambulatoriale (agg. Gennaio 2017)
3. Guida all'assistenza farmaceutica (agg. Aprile 2015)
4. Guida al ricovero (agg. Novembre 2016)
5. Guida al Distretto Socio-Sanitaro Unico (agg. Novembre 2016)
6. Guida al Dipartimento Area Prevenzione (agg. Ottobre 2016)
7. Guida al Dipartimento Area Salute Mentale (agg. Novembre 2015).

Tutti i fascicoli sono stati pubblicati nel sito aziendale alla voce Azienda/Carta dei servizi ed inoltre è possibile ottenere copia cartacea, anche per singole porzioni, richiedendola ai punti informativi dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Indagini sul livello di soddisfazione dell'utenza

La valutazione della qualità dei servizi aziendali percepita dagli utenti è considerata una metodologia utile al miglioramento degli standard dei servizi erogati.

Con questi presupposti, il processo di valutazione della qualità percepita vede impegnati i professionisti dell'azienda sin dal 2008.

Il parere dell'Utente circa la qualità del servizio ricevuto è elevato a sistema; gli indicatori riguardano il livello di gradimento sulla qualità del servizio sia per l'area della degenza che per l'attività ambulatoriale, di day hospital day surgery.

Durante l'anno 2016 sono stati somministrati e raccolti i questionari per la rilevazione della qualità percepita dell'area di degenza e dell'ambito ambulatoriale all'interno degli Ospedali Riuniti Padova Sud. Con riferimento all'area di degenza la somministrazione dei questionari è avvenuta mediante la consegna degli stessi agli utenti dimessi giornalmente dal 16 maggio al 04 giugno 2016, per quanto riguarda l'ambito ambulatoriale il periodo scelto è di una settimana dal 23 al 28 maggio 2016.

I dati ottenuti dalla rilevazione sono stati poi analizzati sia a livello di direzione di reparto o servizio, sia di direzione del dipartimento. Dopo di che, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sono stati discussi a livello di Direzione aziendale. Anche i dati contenuti nei report relativi alla rilevazione della qualità percepita hanno costituito elementi di valutazione e attivazione di azioni correttive per il miglioramento continuo della qualità dei servizi nell'ottica della centralità del cliente.

Nella prima rilevazione del 2016 sono stati raccolti n. 707 questionari per l'area della degenza e n. 908 per l'area ambulatoriale.

Si rappresentano sinteticamente i risultati ottenuti nelle rilevazioni sopradescritte:

RILEVAZIONE QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENTE DEGENTE					
Scala: 1=insufficiente; 2=ufficiente: 3=discreto; 4=buono					
PERIODO RILEVAZIONE	**QUESTIONARI ELABORATI**	**MEDIA GENERALE**	**OSPEDALE**	**PERSONALE**	**VALUTAZIONE COMPLESSIVA**
dal 16 maggio al 4 giugno 2016	707	3,64	3,42	3,82	3,72

RILEVAZIONE QUALITA' PERCEPITA DALL'UTENTE AMBULATORIALE					
Scala: 1=insufficiente; 2=ufficiente: 3=discreto; 4=buono					
PERIODO RILEVAZIONE	**QUESTIONARI ELABORATI**	**MEDIA GENERALE**	**OSPEDALE**	**PERSONALE**	**VALUTAZIONE COMPLESSIVA**
dal 23 al 28 maggio 2016	908	3,35	3,22	3,59	3,26

Nelle rilevazioni condotte nel 2016 l'indagine è stata effettuata anche nelle strutture di degenza e ambulatoriale dell'Ospedale di Conselve e di Montagnana, oltre agli ambulatori presenti presso i CSP di Este e Monselice.

Per quanto riguarda la rilevazione condotta sull'utente degente all'interno degli Ospedali Riuniti Padova Sud si è utilizzata una valutazione su Scala: 1 insufficiente, 2 sufficiente, 3 discreto, 4 buono per misurare la soddisfazione percepita negli ambiti di:

- Ospedale (segnaletica, confort delle stanze di degenza, i pasti serviti, livello di accoglienza con riguardo a parcheggi, servizi accessori, spazi di attesa);
- Personale (disponibilità e cortesia del personale, chiarezza delle informazioni, competenza e professionalità del personale medico ed infermieristico).

Per la rilevazione condotta sull'utente ambulatoriale all'interno degli Ospedali Riuniti Padova Sud si è utilizzata una valutazione su Scala: 1 insufficiente, 2 sufficiente, 3 discreto, 4 buono per misurare la soddisfazione percepita negli ambiti di:

- Ospedale (segnaletica, confort degli ambulatori e degli spazi d'attesa, livello di accoglienza con riguardo a parcheggi, servizi accessori, ecc, tempo di attesa tra l'ora dell'appuntamento e ora dell'effettiva prestazione);
- Personale (disponibilità e cortesia del personale, chiarezza delle informazioni, competenza e professionalità del personale medico ed infermieristico).

Reclami e segnalazioni

La *gestione dei reclami* e dei suggerimenti è un'azione importante e fondamentale per l'Azienda in quanto:

- consente di migliorare il servizio alla luce delle considerazioni provenienti dall'utente predisponendo rimedi e azioni correttive o preventive;
- permette di migliorare la soddisfazione e il consenso attorno alla stessa organizzazione e ai servizi/prodotti erogati, diventando così un modo per aumentare e monitorare più in generale la qualità dei servizi e per diffondere l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze dei suoi cittadini.

Nel 2016, i reclami scritti sono stati 95 e sono stati recapitati con le modalità sotto riportate:

Front-office	Cons. a mano	Posta	E-mail	PEC	Fax	Tribunale Diritti del Malato	Revisione Veneto
10	20	12	37	3	5	4	4

L'Azienda, di norma entro 5 giorni dal ricevimento del reclamo scritto invia una comunicazione informando della presa in carico del reclamo, riservandosi di inviare successivamente la risposta definitiva. In media la risposta definitiva è stata inviata in media dopo 53 giorni (contro i 34gg nell' anno 2014 e 44gg del 2015).

Nel 2016 non ci sono state richieste di ricorso alla Commissione Mista Conciliativa (CMC), mentre gli elogi scritti sono stati 51 ed i suggerimenti 4.

	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	2016
Numero reclami scritti	**80**	**93**	**124**	**95**
Numero casi esaminati dalla CMC	**3**	**4**	**3**	**0**
Numero convocazioni della CMC	**3**	**3**	**3**	**0**
Numero elogi/apprezzamenti	**39**	**24**	**53**	**51**

Nella tabella che segue si riassumono le segnalazioni, che hanno interessato le varie strutture aziendali, suddivise per argomento. Alcuni reclami hanno interessato più argomenti:

Argomento	**Ospedale**	**Distretto S.S. Unico**	**Area Amm.va**	**Dip. Area Prev.**	**Dip. Area Salute Mentale**	**TOT.**
Aspetti alberghieri e comfort	1	0	10	0	0	11
Aspetti economici	7	1	0	0	0	8
Aspetti organizzativi	14	1	1	0	0	16
Aspetti relazionali	15	3	0	0	0	18
Aspetti tecnico-professionali	32	1	0	1	0	34
Informazioni	9	1	4	0	0	14
Strutture e logistica	4	1	2	0	0	7
Tempo di attesa	20	0	0	0	0	20
Segnalazioni improprie	1	0	0	0	0	1
TOTALE Anno 2016	**103**	**8**	**17**	**1**	**0**	**129**
Tempo medio risposta (giorni)	53					

Accessi presso l'URP (telefonici o di persona): L'Ufficio Relazioni col Pubblico registra le richieste di informazioni o le segnalazioni che possono pervenire telefonicamente o personalmente da parte dell'utente. Nel report seguente si riassumono gli accessi presso gli sportelli dell'URP avvenuti nel 2016.

SEGNALAZIONI - INFORMAZIONI SCREENING verbali		**Totale**
Informazioni	sportello	1.564
	telefono	2.556
	e-mail	489
Totale informazioni		4.609
Segnalazioni verbali		934
Elogi verbali		3
Screening		10.593
Totale generale		**16.139**

Anticorruzione, trasparenza e Integrità

Il piano triennale prevenzione della corruzione 2016-2018 adottato con delibera del Commissario Straordinario n. 51 del 29/1/2016 ha previsto l'attuazione di alcune misure di miglioramento per contenere e/o annullare il rischio corruttivo, in tre aree: l'area dell'anticorruzione, l'area della trasparenza amministrativa, l'area della performance.

Vengono di seguito riepilogate le principali azioni:

- **Area Anticorruzione:** Con la Determinazione n. 12 del 28.12.2015 l'ANAC ha voluto dare notizia degli esiti di valutazione a seguito dell'analisi intrapresa nel 2015 dei PTPC di alcune pubbliche amministrazioni. Da questa sono emerse indicazioni per ritarare i propri PTPC: dare continuità con i precedenti Piani/ analizzare tutte le aree di attività mappandone i processi/ definire misure di prevenzione con carattere organizzativo/ integrare le misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative volte alla funzionalità amministrativa/ garantire trasparenza come misura di prevenzione della corruzione garantendo il collegamento del PTPC con il Piano della Trasparenza ed Integrità (inserimento del PTTI come sezione del PTPC)/ delineare il processo di adozione del piano. Il PTPC è stato progettato tenendo conto delle criticità emerse e ha delineato modalità più approfondite di risk management: dall'analisi del contesto esterno ed interno alla mappatura dei processi, dalla valutazione del rischio (cui è necessario tenere conto delle cause degli eventi rischiosi) al trattamento del rischio esplicitato in misure concrete, sostenibili e verificabili di miglioramento continuo. Il nuovo documento è stato pertanto realizzato confermando la mappatura dei processi individuati, avviata nel triennio 2013-2015, analizzati e valutati secondo una matrice di rischio personalizzata, dando continuità alle azioni di miglioramento intraprese relative al contenimento dei rischi con indice di rischio più elevato (8-9-10-11) e approfondendo alcuni passaggi di metodo indispensabili ad assicurare la qualità dell'analisi che conduce alla individuazione delle misure di trattamento del rischio. Sono state, inoltre, introdotte ulteriori misure di prevenzione, tradotte in azioni di miglioramento puntuali, con la creazione di specifici indicatori al fine di misurare la loro effettiva realizzazione.
- **Area Trasparenza Amministrativa:** La pubblicazione dei dati è stata completata come previsto dal PTTI 2016 a cura delle strutture indicate nello stesso. E' in corso di predisposizione un'infrastruttura informatica che permetta la pubblicazione diretta degli stessi a cura di tutti i responsabili individuati nel programma stesso.

- **Area Performance:** Particolare attenzione è stata riservata anche al collegamento con il Piano della Performance : molte misure di prevenzione della corruzione sono state tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti che sono stati monitorati costantemente nel loro stato di avanzamento.

Tutti i documenti sopra richiamati risultano pubblicati nel sito aziendale nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente.

Il Gruppo di Lavoro formato, unitamente al Referente Trasparenza Aziendale, ha collaborato con il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione per la realizzazione delle azioni di cui sopra coinvolgendo i responsabili dei procedimenti aziendali oggetto di analisi e di valutazione e i referenti aziendali trasparenza.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione Aziendale per la gestione del rischio corruttivo ha messo in atto un modello che prevede un monitoraggio per la verifica di sostenibilità di tutte le misure obbligatorie e ulteriori individuate dal PTPC, un'integrazione tra il sistema di monitoraggio stesso e i sistemi di controllo interno. E' allo studio la definizione di un sistema di cruscotto immediato per la consultazione facilitata all'utenza.

2.3 Risultati raggiunti, le criticità e le opportunità

2.3.a Risultati raggiunti

Con DGR n.2072/2015 la Regione Veneto ha definito per l'anno 2016 gli obiettivi di salute e funzionamento da assegnare alle Aziende Ulss.

Il provvedimento sopracitato statuisce che la valutazione della performance fa riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio (organo valutatore: Giunta Regionale),al rispetto della programmazione regionale (organo valutatore: V Commissione Consiliare) e alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende Ulss (organo valutatore: Conferenza dei Sindaci). La DGR n.693/2013 ha disciplinato la pesatura degli ambiti di valutazione nel modo seguente:

- Garanzia dei livelli di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: p. 75%
- Rispetto della programmazione regionale,di competenza della V Commissione Consiliare: p. 5%
- Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende Ulss, di competenza della Conferenza dei Sindaci: p. 20%

Coerentemente con tale premessa la DGR 2072/2015 definisce, con riferimento alla sfera di competenza della Giunta Regionale, gli obiettivi da perseguire nell'anno 2016 suddivisi per gli ambiti operativo-gestionali di seguito riportati:

- Osservanza delle Linee Guida ed Indirizzi in materia di controllo e programmazione dell'organizzazione degli uffici;
- Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate;
- Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi;
- Equilibrio economico;
- Liste di attesa;
- Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Con la medesima DGR 2072/2015 si stabilisce, inoltre, che gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno 70 punti in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, V Commissione Consiliare, Conferenza dei Sindaci).

Nella tabella che di seguito si riporta viene data evidenza del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dal provvedimento sopracitato precisando che, al momento della redazione della presente relazione, alcuni indicatori risultano essere ancora in fase di verifica regionale e pertanto, ove possibile, sono stati integrati da valutazioni interne all'azienda. Per contro alcune soglie date per non soddisfatte potranno essere oggetto di revisione in sede di valutazione regionale. La conseguenza di tutto ciò è rappresentata dal carattere non definitivo del punteggio indicato, essendo questo dipendente dalla conclusiva valutazione da parte

regionale. Gli aspetti di dettaglio saranno rappresentati nelle successive sezioni della presente relazione unitamente a quanto fissato, a livello di singola Unità Operativa, quale elemento integrativo e complementare degli obiettivi più sopra citati.

	OBIETTIVI DGR 2072/15	Punti Disponibili	Punti di Soglie soddisfatte	Punti di Soglie non soddisfatte	Ancora in fase di verifica
AREA A:Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e programmazione degli uffici					
A.1	Adeguamento della organizzazione delle Cure primarie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
A.2	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	0,50		0,50
	TOTALE AREA A	**3,00**	**2,50**	**-**	**0,50**
AREA B:Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate					
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	1,00	1,00		
B.2	Contabilità Analitica e Modelli LA	1,00	1,00		
B.3	Applicare politiche di autoassicurazione	1,00	0,75		0,25
	TOTALE AREA B	**3,00**	**2,75**	**-**	**0,25**
AREA C:Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi					
C.1	Copertura Vaccinazioni già obbligatorie e Screening Oncologici	3,00	0,75	2,00	0,25
C.3	Implementazione piani sicurezza alimentare	1,00	1,00		
C.4	Integrazione Ospedale-Territorio	1,00	0,75	0,25	
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	1,00	0,50	0,50	
C.6	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	1,00			1,00
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	2,00	0,50	1,00	0,50
C.8	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile	1,00	1,00		
C.9	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	2,00	1,50	0,50	
C.10	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica	2,00	1,00	1,00	
C.11	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	1,00	1,00		
C.12	Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva	3,00			3,00
C.13	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	1,00	1,00		
	TOTALE AREA C	**19,00**	**9,00**	**5,25**	**4,75**
AREA D:Equilibrio Economico					
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	3,00	3,00		
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	15,00	15,00		
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	12,00	1,00	11,00	
D.4 *	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	–*	-		
	TOTALE AREA D	**30,00**	**19,00**	**11,00**	**-**
AREA E:Liste d'attesa					
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	10,00	9,00	1,00	
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	3,00		3,00	
E.3	Appropriatezza nell'accesso alla Prestazioni Specialistiche	2,00	2,00		
	TOTALE AREA E	**15,00**	**11,00**	**4,00**	**-**
AREA F:Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario					
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO	1,00	1,00		
F.2	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	1,00	0,75		0,25
F.3	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	1,00	1,00		
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	1,00		1,00	
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenziaità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali	1,00	1,00		
	TOTALE AREA F	**5,00**	**3,75**	**1,00**	**0,25**
	TOTALE	**75,00**	**48,00**	**21,25**	**5,75**

* 1 punto (sottratto al D.1) per le Aziende sede di erogatori privati.

Dall'esame della tabella possono essere sviluppate le considerazioni di seguito indicate:

- ✧ il grado di raggiungimento generale raggiunge il 64% del punteggio disponibile;
- ✧ l'area relativa all'Equilibrio Economico, che rappresenta, da sola, l'ambito di maggior peso (40% del totale), registra un grado di raggiungimento pari al 63,33%;
- ✧ i rimanenti ambiti, costituenti globalmente il 60% del totale, registrano un grado di raggiungimento pari al 64,44%;
- ✧ risulta ancora in fase di verifica il 7,66% del punteggio disponibile.

La Conferenza dei Sindaci ha provveduto ad esprimere la propria valutazione in merito all'ambito di propria competenza (Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle aziende Ulss) assegnando il massimo punteggio a disposizione (p.20). Il punteggio sin qui ottenuto risulta essere, quindi, pari a p.68, ulteriormente migliorabile dal momento che non risultano ancora concluse le operazioni di verifica e valutazione da parte regionale.

Gli obiettivi economico-finanziari 2016

Con DGR n. 2072/2015 ad oggetto "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e l'IRCSS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2016" sono stati definiti, tra gli altri, gli obiettivi economico-finanziari e i relativi indicatori di performance a valere per l'anno 2016. Nella tabella che di seguito si riporta viene data evidenza degli obiettivi da perseguire, degli indicatori, del valore soglia, del relativo punteggio e del grado di raggiungimento ottenuto.

OBIETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI CONFRONTO DGR 2525/2014 CON DGR 2072/2015		INDICATORE	VALORE SOGLIA 2016	RISULTATO BILANCIO D'ESERCIZIO 2016	Punti Disponibili	*Punti di Soglie soddisfatte*
AREA D:Equilibrio Economico						
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	Rispetto del tetto di costo:Personale	€ 92.832.000,00	€ 91.983.316,88	2	2
TOTALE D.1					2	2
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	Rispetto del Risultato Economico Programmato	-€ 17.000.000,00	-€ 16.983.160,76	5	5
		Variazione Annuale del Costo della Produzione (+imposte e tasse)	Minore di zero	-€ 486.669,00	5	5
		Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale	tempi di pagamento	tempi di pagamento: -0,36	2	2
		Rispetto dei tempi di pagamento programmati	SI	tempi di pagamento: -0,36	3	3
TOTALE D.2					15	15
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato	classe A € 41 classe H € 33	classe A € 38 classe H € 41	2	
		Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Territoriale	€ 21.228.240,00	€ 22.047.672,78	2	
		Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	€ 11.382.151,00	€ 11.762.061,41	3	
		Rispetto del tetto di costo: Dispositivi Medici	€ 9.126.437,00	€ 9.331.085,27	2	
		Rispetto del tetto di costo: Dispositivi Medici Diagnostici in vitro (IVD)	€ 613.644,00	€ 606.709,24	1	1
		Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa	€ 1.928.175,00	€ 2.123.812,97	1	
		Rispetto del tetto di costo: Assistenza Protesica	€ 15 pro capite	€ 17,09 pro-capite	1	
TOTALE D.3					12	1
D.4	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	€ 4.397.200,00	€ 4.180.150,25	1	1
TOTALE D.4					1	1
TOTALE AREA D					**30**	**19**

Si registra il pieno raggiungimento di 3 obiettivi su un totale di 4 corrispondente ad una percentuale pari al 75% in termini assoluti e al 63,33% se si considera come riferimento il punteggio a disposizione.

Risulta, inoltre, opportuno precisare che per quanto concerne la farmaceutica territoriale, la farmaceutica ospedaliera e l'assistenza protesica, pur non avendo raggiunto il valore target regionale, si è comunque in presenza di un miglioramento di costo rispetto all'anno precedente, così come evidenziato nella tabella di seguito riportata:

Fattore produttivo	2015	2016	2016-2015	%
Farmaceutica territoriale	€ 22.798.181,34	€ 22.047.672,78	-€ 750.508,56	-3,29%
Farmaceutica ospedaliera	€ 11.968.462,66	€ 11.762.061,43	-€ 206.401,23	-1,72%
Assistenza protesica (pro-capite)	€ 21,00	€ 17,09	-€ 3,91	-18,62%

- Obiettivo D.1: il risultato conseguito ha rispettato totalmente il valore soglia.

Obiettivo D.1.1 Rispetto del tetto di costo PERSONALE

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA2080 Costo del personale	€ 92.832.000,00	91.983.316,88	-€ 848.683,12	-0,9%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVO RAGGIUNTO

- Obiettivo D.2: si sono raggiunti tutti e quattro gli indicatori previsti.

Obiettivo D.2.1 Rispetto del Risultato economico Programmato

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Rispetto del risultato Economico Programmato	-€ 17.000.000,00	- 16.983.160,76	€ 16.839,24	-0,1%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo D.2.2. - Delta costo produzione

Azienda n.	017		
	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
COSTO DELLA PRODUZIONE RETTIFICATO	342.142.703	341.656.034	-486.669
DELTA RICAVI	24.033.793	23.722.805	-310.987
	RAGGIUNTO		

	SEGNO	CATEGORIA	CODICE CONTO	CONTO COGE	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
COSTO DELLA PRODUZIONE	+	COSTO PRODUZIONE	BZ9999	Totale costi della produzione (B)	346.390.957	345.303.637	-1.087.320
	+	IMPOSTE TASSE	YA0010	(Y.1) IRAP	6.329.238	6.220.028	-109.210
	-	POSTE R	AA0120	(A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	982	4.447	3.465
	-	POSTE R	AA0130	(A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	0	0	0
	-	POSTE R	AA0720	(A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	43.876	0	-43.876
	-	POSTE R	AA0810	(A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione - SANITARIO	52.291	31.937	-20.354
	-	POSTE R	AA0820	(A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione - SANITARIO	104.617	81.710	-22.907
	-	POSTE R	AA0830	(A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione - ALTRI SERVIZI NON SANITARI	287	5.041	4.754
	-	RECUPERI RIMBORSI	AA0780	(A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	98.941	100.275	1.334
	-	RECUPERI RIMBORSI	AA0850	(A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	58.568	0	-58.568
	-	RECUPERI RIMBORSI	AA0860	(A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	452.243	492.931	40.688
	-	FRAT	di cui B.2.A.16.1	Costi pe connguaglio a consuntivo del FRAT (compensazioni tra aziende)	29.569	149.116	119.547
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Funzione SUEM privati accreditati	0	0	0
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Funzione Pronto Soccorso privati accreditati	0	0	0
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2095/2012	0	0	0
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2616/2012	0	0	0
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2620/2012	0	0	0
	-	CONTRIBUTI TERZI	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 286/2015	0	0	0
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0036	(A.1.A.1.6) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di vincolati regionali)	660.273	142.358	-517.915
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0040	(A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato)	0	0	0
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0070	(A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati)	288.821	9.024	-279.797
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0150	(A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati)	109.182	228.151	118.970
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0180	(A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca)	20.000	30.000	10.000
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0230	(A.1.D) Contributi c/esercizio da privati)	35.910	20.000	-15.910
	-	CONTRIBUTI VINCOLATI	AA0270	(A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti)	419.661	1.179.807	760.146
	+	CONTRIBUTI VINCOLATI	FORM VINC_Rettifiche	Rettifiche di contributi vincolati relative agli investimenti finanziati con i contributi vincolati stessi	120.782	3.471	-117.311
	-	MOBILITA' INTERNAZIONALE	BA1540	(B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	0	0	0
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0090	(B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale)	0	0	0
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0480	(B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale)	29.366	27.878	-1.488
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0520	(B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	45.742	43.424	-2.318
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0560	(B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	527.293	500.579	-26.714
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0830	(B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	4.946.153	4.695.572	-250.581
	-	MOBILITA' EXTRA	BA0990	(B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione))	274.662	260.747	-13.915
	-	MOBILITA' EXTRA	BA1060	(B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione))	47.092	44.706	-2.386
	-	MOBILITA' EXTRA	BA1120	(B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione))	74.448	70.677	-3.771
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) FINANZIAMENTI "Altri finanziamenti a funzione"	267.519	419.000	151.481
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Finanziamento progetti e attività in collaborazione con le Aziende Sanitarie del SSR	37.950	73.000	35.050
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Finanziamento funzione DPC e distribuzione diretta	0	0	0
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) FUNZIONI DI APPROV. SOVRA AZIENDALI e CENTRALIZZAZIONE MANIPOLAZIONI ANTIBLATISTICHE	0	6.500	6.500
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Trasferimento suem	0	0	0
	-	ALTRE RETTIFICHE	DGR RIPARTO	Gioco d'azzardo	0	0	0
	-	ALTRE RETTIFICHE	Elaborazione extra contabile	Costi per epatite C	2.072.829	1.254.222	-818.607
	=			COSTO DELLA PRODUZIONE RETTIFICATO (1)	342.142.703	341.656.034	-486.669

	SEGNO	CATEGORIA	CODICE CONTO	CONTO COGE	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
RICAVI	+	RICAVI PRESTAZIONI	AA0330	(A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	22.864.048	19.648.599	-3.215.449
	-	MOBILITA' INTERNAZIONALE	AA0600	(A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	0	0	0
	+	RICAVI PRESTAZIONI	AA0610	AA0610 (A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0	0	0
	+	RICAVI PRESTAZIONI	AA0660	(A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.263.823	1.666.645	402.821
	+	RICAVI PRESTAZIONI	AA0670	(A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	3.735.178	3.645.791	-89.387
	-	RICAVI PRESTAZIONI	AA0720	(A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	43.876	0	-43.876
	+	RECUPERI RIMBORSI	AA0790	(A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	0	0	0
	+	RECUPERI RIMBORSI	AA0870	(A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	94.861	5.848	-89.013
	+	RECUPERI RIMBORSI	AA0880	(A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	327.687	257.665	-70.022
	+	TICKET	AA0940	(A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	5.711.153	5.452.309	-258.845
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0460	(A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero)	1.080.086	1.053.891	-26.195
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0470	(A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali)	9.065.455	6.751.978	-2.313.477
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0490	(A.4.A.3.4) Prestazioni di File F)	14.669	44.576	29.907
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0500	(A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione)	14.360	13.108	-1.252
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0510	(A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione)	36.851	35.165	-1.686
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0520	(A.4.A.3.7) Prestazioni termali Extraregione)	132.488	62.638	-69.850
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0530	(A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione)	20.539	16.497	-4.042
	-	MOBILITA' EXTRA	AA0550	(A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione)	0	0	0
	+	RICAVI PRESTAZIONI	DGR RIPARTO	Screening neonatale allargato (All. D dgr 2717/2014)	0	0	0
	+	ALTRI RICAVI	AA1060	(A.9) Altri ricavi e proventi)	445.365	1.023.801	578.436
	=			Delta RICAVI * (2)	24.033.793	23.722.805	-310.987

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivi D.2.3 Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale
Obiettivo D.2.4 Rispetto dei tempi di pagamento programmati

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
D.2.4 tempi di pagamento programmati	≤ 0	- 0,36		

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVI D.2.3 e D.2.4 RAGGIUNTI : per l'obiettivo D.2.3 l'azienda risulta comunque adempiente nel caso rispetti i tempi di pagamento come da indicatore D.2.4, oppure se registra un miglioramento degli indicatori economico-patrimoniali

Obiettivo D.3.1 Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Indicatore	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Pro capite pesato diretta di classe A	€ 41,00	38,00	-€ 3,00	-7,3%
Pro capite pesato diretta di classe H	€ 33,00	41,00	€ 8,00	24,2%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
Il costo procapite pesato per la distribuzione diretta di classe A per l'anno 2016 è pari a € 38 e risulta inferiore al limite per € 3 (-7,3%). Per quanto riguarda, invece, il costo procapite pesato per la distribuzione diretta di classe H il valore relativo all'Ulss 17 si attesta a € 41, tale valore supera il valore soglia di € 8 (+24,2%). La spesa per l'erogazione diretta dei farmaci classe H per l'Azienda ULSS 17 è rappresentata in gran parte dall'erogazione di tali farmaci da parte di altre ULSS e Aziende Ospedaliere a residenti dell'ULSS 17. I gruppi terapeutici maggiormente interessati sono: L01-citostatici, L02-terapia endocrina, L03-immunostimolanti, L04-immunosoppressori e J05-antivirali ossia farmaci biologici per l'artrite reumatoide, farmaci oncologici e farmaci per l'HIV. Questo fenomeno è determinato anche dal fatto che nell'ULSS 17 non sono presenti Centri autorizzati alla prescrizione dei Biologici in reumatologia e dermatologia, nè un centro malattie infettive e per tale motivo gli utenti si rivolgono ad altre strutture per le cure. Inoltre l'Istituto Oncologico Veneto, unitamente ad altre Oncologie in Veneto, creano forte attrazione per i pazienti oncologici.

Obiettivo D.3.2 Rispetto del tetto di costo della FARMACEUTICA TERRITORIALE

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA0500 (B.2.A.2.1) – da convenzione	€ 21.228.240,00	22.047.672,78	€ 819.432,78	3,9%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo

La spesa farmaceutica convenzionata stimata per l'anno 2016 registra un aumento, rispetto al valore soglia, di € 819.433 pari al +3,9%.
Si precisa, inoltre, che la spesa registrata nel 2016 presenta una netta diminuzione (-3,3%) rispetto all'anno precedente confermando che le azioni che sono state intraprese dall'Azienda hanno contribuito e contribuiscono a ridurre il gap rispetto al costo medio per assistito pesato definito dalla Regione per l'anno 2016 pari a € 114. Infatti per l'anno 2016 il costo procapite pesato si attesta a € 118 procapite, inferiore circa del 3% rispetto al 2015.

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è quasi completamente generata dalle prescrizioni dei Medici di Medicina Generale.
Per tale motivo si è cercato di intraprendere delle azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei MMG e conseguentemente rispettare il tetto assegnato. Si descrivono di seguito le azioni intraprese:

1) nel Patto con la Medicina Generale sono stati inseriti **obiettivi di appropriatezza prescrittiva sui Gruppi terapeutici a più elevato impatto sulla spesa** come gli Inibitori di Pompa Protonica, sartani, statine e generalmente sui farmaci a brevetto scaduto;

2) nel Patto con la Medicina Generale è stato inserito, inoltre, **l'obiettivo relativamente al rispetto del costo per assistibile pesato che dev'essere pari a € 114;**

3) i **MMG sono stati suddivisi in 12 Team** a cui fa capo un coordinatore. Tale Coordinatore con il Responsabile delle Cure Primarie e i Farmacisti della UOC Farmacia costituiscono il **Comitato Tecnico Scientifico.** Tale Comitato si riunisce trimestralmente per discutere i dati di prescrizione relativi agli obiettivi assegnati nel Patto. Vengono forniti i dati di ogni singolo obiettivo per l'Azienda ULSS, per singolo Team e per singolo MMG. Successivamente ogni Coordinatore di Team incontra i MMG del suo Team per discutere i dati di ciascun MMG. **Alle riunioni del Comitato Tecnico Scientifico partecipa anche uno Specialista Ospedaliero per affrontare le criticità in ambito di continuità Ospedale -Territorio;**

4) è stato individuato un gruppo di **9 MMG che registrano un CMAp medio di € 150 a fronte di un CMAp medio di € 113** di tutti gli altri colleghi dell'Azienda ULSS 17. Su tali 9 MMG si è messa in atto un'ulteriore azione, ossia l'affiancamento di un **"Informatore Indipendente" ossia un Farmacista della UOC Farmacia e di comprovata esperienza che si reca periodicamente nell'ambulatorio del singolo MMG.** Attraverso la lettura e discussione di specifici reports sulle proprie prescrizioni e l'approfondimento della letteratura scientifica su specifici gruppi terapeutici, si rende più agevole una autoanalisi da parte del MMG al fine di evidenziare le situazioni di criticità ed individuare eventuali azioni correttive.
L'Informatore Indipendente ha incontrato più volte presso i loro ambulatori i 9 MMG iperprescrittori consegnando loro un dossier sulla prescrizione farmaceutica con evidenza delle criticità riscontrate e letteratura scientifica a supporto di una migliore autoanalisi al fine di favorire l'appropriatezza della rpescrizione farmaceutica. I risultati ottenuti a fine anno sono stati positivi per 6 medici mentre per 3 medici iperprescrittori la situazione è rimasta invariata.

5) a conclusione di un iter attuato nel 2014 e ripetuto nel 2015, s**i è effettuato un addebito di spesa ad alcuni MMG ritenuti iperprescrittori.** A seguito di una verifica sulla prescrizione farmaceutica, sono state individuate le criticità per le quali è stata richiesta una relazione clinica al singolo MMG ed infine si è deciso di procedere **all'addebito delle somme dovute per le prescrizioni ritenute non appropriate da parte del Comitato Aziendale per la Medicina Generale.**

Obiettivo D.3.3 Rispetto del tetto di costo della FARMACEUTICA OSPEDALIERA

A	B	C	C-B	(C-B)/B	
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)	note
BA0030 (B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	11.382.151,00	13.069.422,40	€ 1.687.271,40	14,8%	
di cui:	*acquisti per altre aziende***	€ 53.139,17			
di cui:	*Epatite C**	€ 1.254.221,82			
BA0030 (B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati al netto di Epatite C	€ 11.382.151,00	€ 11.762.061,41	€ 379.910,41	3,3%	

* da compilare solo per le Aziende Sanitarie sedi dei Centri Autorizzati alla prescrizione di nuovi farmaci per il trattamento dell'Epatite C

**se gli acquisti sono per più aziende sanitarie, nelle note vanno riportate le Aziende Sanitarie coinvolte e gli importi per gli acquisti per singola azienda sanitaria

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo

La spesa per acquisto di Farmaci ed emoderivati al netto degli acquisti di farmaci per Epatite C ammonta ad € 11.762.061,41 determinando uno scostamento degli acquisti rispetto al limite pari ad € 379.910,41 (+3,3%).

Dall'analisi dei consumi di farmaci risulta quanto segue:

1) FARMACI PRESCRITTI DA MEDICI SPECIALISTI DI ALTRE ULSS ED EROGATI DA QUESTA ULSS IN DISTRIBUZIONE DIRETTA
Trattasi di terapie per le quali è prevista l'erogazione diretta da parte dei centri prescrittori ed in seguito viene effettuata la compensazione in file F. Purtroppo molto spesso i pazienti, a seguito di prescrizione effettuata dal competente centro, vengono invitati a rivolgersi allo sportello di Distribuzione Diretta dell'Azienda di residenza. Secondo le ultime analisi nell'anno 2016 sono stati erogati farmaci a residenti ma prescritti da centri fuori Ulss per un valore totale di € 847.659,71 determinando un incremento rispetto al 2015 di circa € 382.400.
Scendendo nel dettaglio dei farmaci erogati emerge che:
- il 43% del valore totale di farmaci prescritti da medici fuori Ulss è generato dalla prescrizione di farmaci biologici per il trattamento di patologie reumatiche, dermatologiche e gastrointestinali;
- il 22% è generato dalla prescrizione di farmaci oncoematologici;
- il 10% generato dalla prescrizione di farmaci per la cura della Sclerosi Multipla, HIV e Micofelonati;
- infine la sola erogazione del faramco DUODOPA (antiparkinson) prescritto interamente dalla Casa di Cura privata preaccreditata Villa Margherita di Arcugnano (VI) genera il 9% della spesa per farmaci erogati su prescrizione di specialisti fuori Ulss.

2) ANDAMENTO DEI CONSUMI IN AREA OSPEDALIERA
- incremento del consumo di farmaci dell'UOC Oculistica di circa €167.000 rispetto al 2015 dovuto quasi totalmente ad un maggior utilizzo dei farmaci LUCENTIS ed EYLEA per la degenerazione maculare (+ € 151.617; +58%).
- riduzione dei consumi in area medica per € 185.500 dovuti alla riduzione del consumo di SOLIRIS (-€ 96.000) e ZEMPLAR (-€35.000) in Nefrologia, FABRAZYME e REPLAGAL (-€54.500) in Neurologia.
- incremento dei consumi di farmaci in Medicina di circa € 41.000 dovuto ad un aumento del consumo del farmaco INFLECTRA per l'artrite reumatoide.
- riduzione dei consumi in area materno infantile per € 135.750 dei farmaci REPLAGAL e SYNAGIS.
- nel mese di novembre 2015 sono stati attivati 13 posti letto (+1 p.l. ricovero diurno) di Geriatria, tale attività è entrata a regime nel corso del 2016 (n. dimissioni 2015=17; n. dimissioni 2016=204) comportando un incremento del consumo di farmaci pari a circa € 94.700. Nel contempo, a fine 2015, sono stati ridotti del 50% i posti letto di Lungodegenza con un conseguente risparmio pari a circa € 40.000.
- riduzione dei costi legati all'ossigeno Ospedaliero pari ad € 55.000.

Si registra, infine, un incremento del consumo di farmaci in area distrettuale per circa € 83.700 (tra i farmaci che hanno generato l'incremento ci sono CLEXANE, DUODOPA e METADONE) ed un incremento pari a circa € 27.000 dei farmaci senza AIC per l'acquisto del farmaco XENBILOX registrato all'estero e distribuito in Italia da Interfamaci Italia.

Obiettivo D.3.4 Rispetto del tetto di costo DISPOSITIVI MEDICI (esclusi gli IVD)

A	B	C	C-B	(C-B)/B	
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)	note
BA0210 (B.1.A.3) Dispositivi medici (senza IVD)	€ 9.126.437,00	9.331.085,27	€ 204.648,27	2,2%	
di cui:	*acquisti per altre aziende***				

**se gli acquisti sono per più aziende sanitarie, nelle note vanno riportate le Aziende Sanitarie coinvolte e gli importi per gli acquisti per singola azienda sanitaria

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
Il costo dei dispositivi medici (esclusi gli IVD) stimato dell'anno 2016 registra un aumento, rispetto al limite, di € 204.648 pari al +2,2%. D'analisi dei dati di attività dell'anno 2016 emergono le seguenti considerazioni: 1) **Incremento dell'attività e/o della complessità dei DRG prodotti dai reparti di dimissione dell'area chirurgica e dai reparti che eseguono procedure interventistiche e diagnostiche. In particolare:** - aumento del valore medio dei DRG prodotti dalla Chirurgia del 4,3% a parità del numero di dimissioni a cui è collegato un incremento del consumo di strumentario monouso per chirurgia mini-invasiva ad ultrasuoni e radiofrequenza e per videochirurgia (CND = K0202, K0203, H0203) oltre che un incremento di dispositivi protesici (endoprotesi vascolari P0704, reti chirurgiche P9002); - l'oculistica ha incrementato la propria attività del 48%, con riferimento al numero di dimissioni, e registra infatti un aumento dei consumi di dispositivi medici utilizzati per gli interventi di facoemulsificazione e vitrectomia (CND Q0206, Q0204) oltre che all'incremento di dispositivi protesici impiantabili (lenti intraoculari P0301); - aumento della complessità dei DRG prodotti dall'Ortopedia infatti il valore medio dei DRG registra un incremento del 3% a parità di dimissioni relativamente alle quali si registra un incremento dell'utilizzo di dispositivi protesici impiantabili del +3,16% rispetto all'anno precedente; - incremento dell'attività dell'Ostetricia e Ginecologia dell'1,8% a cui è correlato un aumento del consumo di dispositivi legati all'attività di sala operatoria (strumentario per chirurgia mini-invasiva e chirurgia ad ultrasuoni CND K0101 e K0102); - incremento dell'attività di Cardiologia e UCIC dello 0,8% corrispondente ad un aumento del valore medio dei DRG prodotti pari all'1,3% a cui è collegato un incremento del consumo dispositivi medici legati alle procedure di emodinamica ed elettrofisiologia (CND P0704 Stent coronarici e vascolari ed in generale la categoria dei dispositivi per apparato cardiodircolatorio (cateteri, introduttori, guide coronariche, dispositivi per angiografia etc...); - incremento del 17,7% dell'attività della Gastroenterologia con conseguente aumento dei consumi di dispositivi medici utilizzati nella procedura ERCP e polipectomia ed in generale dispositivi per endoscopia digestiva (Classe CND G03); 2) **Avvio nuove attività**: dalla metà di novembre del 2015 è stata attivata l'UOC di Geriatria con 13 posti letto di ricovero ordinario +1 posto letto di ricovero diurno e la Neuroriabilitazione con 5 posti letto. Anche in questo caso l'anno 2016 segna l'avvio a regime di nuove attività con un ulteriore incremento dei costi rispetto all'anno precedente. In particolare la Geriatria passa da 17 dimissioni nel 2015 a 204 dimissioni nel 2016.

Obiettivo D.3.5 Rispetto del tetto di costo IVD

A	B	C	C-B	(C-B)/B	
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)	note
BA0240 (B.1.A.3.3) Dispositivi diagnostici in vitro (IVD)	613.644,00	606.709,24	-€ 6.934,76	-1,1%	
di cui:	*acquisti per altre aziende***				

**se gli acquisti sono per più aziende sanitarie, nelle note vanno riportate le Aziende Sanitarie coinvolte e gli importi per gli acquisti per singola azienda sanitaria

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVO RAGGIUNTO

Obiettivo D.3.6 Rispetto del tetto di costo assistenza integrativa

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA0700 (B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	1.928.175,00	2.123.812,97	€ 195.637,97	10,1%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
La spesa per l'assistenza integrativa nel 2016 registra un aumento, rispetto al limite, di € 195.638 pari a +10,1%. In aumento anche rispetto all'anno 2015 per € 102.726 (+5,07%). Nell'assistenza integrativa sono ricompresi 4 gruppi di patologie: 1 - DIABETE 2 - CELIACHIA 3 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA 4 - MALATTIE METABOLICHE CONGENITE Le patologie che impattano maggiormente sulla spesa sono il Diabete e la Celiachia che rappresentano rispettivamente il 75% ed il 24% della spesa totale per assistenza integrativa. Il mancato rispetto del limite è dovuto al **continuo aumento della fornitura dei dispositivi per l'autodiagnosi della glicemia determinato sia dall'aumento dei pazienti diabetici sia dalla raccomandazione delle linee guida di favorire l'autodiagnosi.** Il numero di pazienti diabetici che utilizzano dispositivi per l'autodiagnosi sono passati da 2.155 (2015) a 2.527 nel periodo gennaio-settembre 2016 con un incremento di 372 pazienti (+17%). Il dato ad ottobre 2016 evidenzia che la prevalenza dei pazienti diabetici nel territorio della ex Ulss17 è pari a 13,5 ogni 1.000 abitanti contro 11,4 su base Regionale (+19%), a fronte di una spesa media per assistito pari a 534 € inferiore alla media regionale pari a 556 € (-4%). Questo determina una spesa per 1000 assistibili pesata dell'Ulss 17 superiore alla media regionale di € 822 pari al +14%. Attualmente la quasi totalità delle erogazioni dei dispositivi per l'autodiagnosi della glicemia sono inserite nel sistema informatico WEB - Care nell'ambito dei Piani terapeutici degli specialisti diabetologi e quindi sono oggetto di monitoraggio. Con gli specialisti diabetologi è, inoltre, in corso una verifica dei piani di cura rilasciati ai pazienti al fine di accertare se siano stati rilasciati piani di cura anche a pazienti per i quali non è completamente appropriata l'autodiagnosi della glicemia effettuata in maniera continua e costante. Con particolare riferimento ai pazienti affetti da celiachia si registra un lieve incremento passando da 380 del 2015 a 406 nei primi nove mesi del 2016 (7%), mentre la spesa per 1000 assistibili risulta inferiore alla media regionale del 12%.

Obiettivo D.3.7 Rispetto del tetto di spesa procapite assistenza protesica

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Indicatore	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Spesa procapite assistenza protesica	€ 15,00	€ 17,09	€ 2,09	13,9%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo

La spesa per l'assistenza protesica sostenuta nel 2016 registra un aumento, rispetto al limite, di € 2,09 pro-capite pari a +13,9%. Rispetto al 2015, il costo pro-capite del 2016 registra una diminuzione pari a € 3,91 pro-capite (-18,61%).
Di seguito vengono analizzati i motivi di scostamento rispetto alle varie tipologie di servizio.
Fornitura Ausili Elenchi n. 1, n. 2 e n. 3 D.M. 332/99: Lo scostamento rispetto al valore soglia registrato sul costo procapite per assistenza protesica è dovuto oltre che all'acquisto di ausili di particolare impegno economico sia dell'Elenco 1 che degli elenchi 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario (ad esempio impianti cocleari o carrozzine ad uso esterno per i disabili giovani e adulti, protesi arti inferiori) anche alla precoce deospedalizzazione dei pazienti dalla fase post-acuta con conseguente incremento degli ausili da utilizzare a livello domiciliare e presso i Centri Servizi del nostro territorio. L'esigenza di dotare dei comfort necessari ed indispensabili per la gestione, da parte dei Centri Servizi, degli ospiti, non altrimenti gestibili a livello territoriale ha comportato una accelerazione degli acquisti e quindi un aumento della fornitura degli ausili stessi. Continuano altresì ad essere attivate delle procedure a livello distrettuale al fine di promuovere un maggior utilizzo degli ausili riciclati rispetto al nuovo. A ciò si aggiunge l'attivazione della fornitura di ausili per incontinenti con una nuova ditta che ha comportato benefici economici legati ad un minor costo giornata. Tutto questo si riflette sul costo procapite passato dal €21,00 del 2015 ad un valore per il 2016 pari a € 17,09, con un conseguente contenimento della spesa totale di circa € 540.735.
Ausili elenco n.1 da sanitarie: si registra nel 2016 un contenimento della spesa pari a -€ 87.019 riferita alla fornitura di ausili erogati da sanitarie.
B**eni ammortizzabili e non (elenco 2 e 3)** si registra un sostanziale decremento degli acquisti di nuovi ausili derivante dall'adozione di azioni miranti ad una razionalizzazione della fornitura con conseguente contenimento della spesa. Il numero di nuovi ausili forniti nel 2015 è pari a n.4378, mentre i nuovi ausili forniti sino al 31.12.2016 sono n.2393. Gli acquisti di nuovi ausili effettuati nel 2016 rappresentano circa il 55% (con riferimento al numero di ausili forniti) del totale degli acquisti fatti nell'anno precedente. La spesa 2016 conferma il trend in decremento rappresentando il 44% della spesa sostenuta nel 2015 determinando una riduzione pari a - € 299.955.
Fornitura ausili per incontinenti: L'attivazione della fornitura con la nuova ditta aggiudicataria (adesione alla gara regionale aggiudicata alla ditta SCA Hygiene per un costo giornaliero omnicomprensivo per utente di € 0,5304 iva inclusa, contro € 0,7255 iva inclusa della precedente ditta fornitrice SERENITY S.p.A.), ha comportato benefici economici legati ad un minor costo giornata, evidenziando un beneficio economico che nel complesso è parzialmente annullato dall'incremento del numero di soggetti seguiti. Nell'anno 2015 sono stati serviti n.3904 utenti a fronte di n.4569 utenti serviti al 31.12.2016 determinando un incremento complessivo di 665 pari a +17% rispetto all'anno 2015. Nonostante ciò i dati di preconsuntivo relativi alla spesa sostenuta nel 2016 evidenziano un decremento di € 57.306 pari a -7,6% rispetto al 2015.
Servizio stomie: Continua anche nel 2016 l'azione di monitoraggio e controllo, già iniziata nel corso dell'anno 2015, sulla valorizzazione delle forniture riferite ai singoli assistiti. Si è rilevato, infatti, un sostanziale contenimento della spesa pari a € 161.122 (-21,8%) rispetto al 2015.
Servizio manutenzione e noleggio attrezzature sanitarie: si evidenzia un incremento dei costi generato da un maggior utilizzo del percorso del riciclo dei beni a supporto di un incremento dei pazienti seguiti. L'incremento dei pazienti e degli ausili consegnati a domicilio o presso le Strutture Residenziali di nuova acquisizione o riutilizzati (recupero, sanificazione, manutenzione e consegna) ha determinato uno scostamento dei costi di gestione provocando un incremento giustificato dei costi relativi alla manutenzione. Gli ausili riutilizzati nel 2015 sono stati n.5468 mentre gli ausili riutilizzati nel 2016 sono n.6165 con un incremento del 12,75% rispetto al 2015.
L'incremento è confermato dal trend della spesa per manutenzione degli ausili usati che, secondo i dati di preconsuntivo, nel 2016 è incrementata di € 72.143 pari a +28,7%. Nel contempo si è realizzata una diminuzione rispetto al 2015 del noleggio di attrezzature sanitarie pari a -€ 7.477.
Sulla scorta delle azioni di verifica e controllo sul costo procapite promosse a partire dall'anno 2015 e tuttora in corso, si prevede di ridurre progressivamente la spesa anche attraverso attive collaborazioni con i Soggetti Prescrittori e la definizione di linee guida sull'appropriatezza prescrittiva oltre alla costante azione di monitoraggio sull'attività prescrittiva e sulle forniture.

- Obiettivo D.4: raggiunto.

Obiettivo D.4.1 Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE	Valore Soglia (€)	Anno 2016 (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	€ 4.397.200,00	4.180.150,25	-€ 217.049,75	-4,9%

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo
OBIETTIVO RAGGIUNTO

2.3.b Criticità ed opportunità

Si riportano di seguito alcune osservazioni relative alle aree in cui si è verificata la mancata o incompleta congruenza tra obiettivo fissato e risultato raggiunto con riferimento a quanto rappresentato nei paragrafi precedenti.

AREA A: Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e programmazione degli uffici

A.1 Adeguamento dell'organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016: raggiunto.

A.2 Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016: raggiunto.

A.3 Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016:. parzialmente raggiunto. E' stato conseguito l'indicatore A.3.1 "mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione mentre è ancora in fase di verifica l'indicatore A.3.2 relativo all' attivazione della rete oncologica veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013.

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

B.1 Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale:. raggiunto.

B.2 Contabilità Analitica e Modelli LA:. raggiunto.

B.3 Applicare politiche di Autoassicurazione:. in fase di verifica. Sono stati raggiunti due indicatori su tre. Il terzo relativo alla trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione carmina è ancora in fase di valutazione.

AREA C: Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi

C.1 Copertura Vaccinazioni già obbligatorie e Screening Oncologici: il parziale raggiungimento dell'obiettivo è costituito dal conseguimento dell'indicatore relativo al rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli stili di vita tuttavia non si sono raggiunti i risultati per quanto riguarda la riduzione dei tassi di copertura relativi alle vaccinazioni e le corrette adesioni agli screening. In merito non bisogna trascurare la forte flessione nelle adesioni delle vaccinazioni pediatriche, fenomeno verificatosi sia a livello regionale che nazionale. Anche se la riduzione risulta essere contenuta non agevola il raggiungimento di un risultato positivo.

C.3 Implementazione piani sicurezza alimentare: raggiunto.

C.4 Integrazione Ospedale-Territorio: parzialmente raggiunto. Sono stati raggiunti due indicatori su tre. Non risulta rispettata la soglia percentuale degli ultra 75 enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita.

C.5 Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di pronto soccorso (DGR 1513/2014): il parziale raggiungimento dell'obiettivo dipende dal mancato allineamento al target regionale (< 4 ore) relativo agli accessi. Le azioni da porre in essere sono costituite dal miglioramento e consolidamento dei processi aziendali a seguito dei profondi mutamenti intervenuti nel 2015 a livello logistico strutturale.

Occorre ricordare, comunque che il risultato raggiunto (h 4,23) risulta migliorativo rispetto al 2015 (h.4,37).

C.6 Rispetto degli standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015: in fase di verifica.

C.7 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica: il parziale raggiungimento dell'obiettivo dipende dal mancato allineamento di due indicatori su quattro e di uno ancora in fase di verifica. In modo particolare si evidenzia il non adeguamento al target regionale (≤ 15%) della quota di DGR medici dimessi da reparti chirurgici. Si rileva la necessità di un'ulteriore specificazione degli elementi d'interazione e integrazione dei processi aziendali che potranno consentire un miglioramento del risultato ottenuto in un periodo caratterizzato da profondi cambiamenti organizzativi

C.8 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile: raggiunto.

C.9 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica: parziale raggiungimento. Si evidenzia il raggiungimento di due indicatori su 3. La maggior criticità è stata riscontrata nel mancato rispetto della soglia regionale per i tempi di attesa (21,5 giorni) per interventi per tumore al colon retto (indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014) raggiungendo un'attesa di 41,9 gg.

C.10 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica: parziale raggiungimento. Migliorata rispetto all'anno precedente la percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione passando dal 34,90% del 2015 al 19,72% del 2016 raggiungendo così la soglia regionale. Critica invece permane la situazione dei ricoveri medici oltre soglia per pz>=65 aa (patto per la salute 2010-12) per la quale la percentuale non ha raggiunto il valore soglia regionale.

C.11 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA: raggiunto.

C.12 Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva: in fase di verifica. In merito è da circostanziare il miglioramento di 9 indicatori su 15 rispetto al 2015.

C.13 Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini: raggiunto.

AREA D: Equilibrio Economico

D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale: raggiunto.

D.2 Equilibrio Economico Finanziario: raggiunto.

D.3 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari: il parziale raggiungimento sintetizza la situazione di seguito descritta:

- *Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato*: non raggiunto.

  Il costo procapite pesato per la distribuzione diretta di classe A risulta inferiore al limite mentre la spesa per l'erogazione diretta dei farmaci classe H supera il valore soglia. La spesa per l'erogazione diretta dei farmaci classe H è rappresentata in gran parte dall'erogazione di tali farmaci da parte di altre ULSS e Aziende Ospedaliere a residenti dell'ULSS 17.

- *Rispetto del tetto di costo farmaceutica territoriale*: non raggiunto.

  La spesa registrata nel 2016 presenta una netta diminuzione (-3,3%) rispetto all'anno precedente confermando in tal modo che le azioni intraprese dall' azienda hanno contribuito e contribuiscono a ridurre il gap rispetto al costo medio per assistito pesato definito dalla Regione per l'anno 2016 pari a

€ 114 e quello raggiunto che si attesta a € 118. La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è quasi completamente generata dalle prescrizioni dei Medici di medicina Generale. Per tale motivo si sono intraprese azioni mirate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei MMG.

- *Rispetto del tetto di costo farmaceutica ospedaliera:* non raggiunto.

  La spesa per il consumo di farmaci ed emoderivati è generata ed implementata dai farmaci prescritti da medici specialisti di altre ulss ed erogati da questa ulss in distribuzione diretta. Molto spesso i pazienti, a seguito di prescrizione effettuata dal competente centro, vengono invitati a rivolgersi allo sportello di Distribuzione Diretta dell'Azienda di residenza. In area ospedaliera un andamento crescente dei consumi si registra per i farmaci utilizzati in Oculistica, in Medicina e in Geriatria. Inoltre un incremento del consumo di farmaci si registra anche in area distrettuale.

- *Rispetto del tetto di costo dei dispositivi medici: non raggiunto.*

  Il costo dei dispositivi medici non ha rispettato il limite regionale, in modo particolare per l'incremento dell'attività e della complessità dei DGR prodotti dai reparti di dimissione dell'area chirurgica e dai reparti che seguono procedure interventistiche e diagnostiche unitamente all'avvio di nuove attività quali la Geriatra e la Neuroriabilitazione.

- *Rispetto tetto di costo dei Dispositivi Diagnostici in Vitro*: raggiunto.

- *Rispetto del tetto di costo per Assistenza Integrativa*: non raggiunto.

  Il mancato rispetto del limite è dovuto al continuo aumento della fornitura dei dispositivi per l'autodiagnosi della glicemia determinato sia dall'aumento dei pazienti diabetici sia dalla raccomandazione delle linee guida di favorire l'autodiagnosi. Con gli specialisti diabetologici è in corso una verifica dei piani di cura rilasciati ai pazienti al fine di accertare se siano stati rilasciati piani di cura anche a pazienti per i quali non è completamente appropriata l'autodiagnosi della glicemia effettuata in maniera continua e costante.

- *Rispetto del tetto di costo: Assistenza Protesica*: non raggiunto. Lo scostamento rispetto al valore soglia è dovuto oltre all'acquisto di ausili di particolare impegno economico (es. impianti cocleari, carrozzine ad uso esterno per i disabili giovani ed adulti, protesi arti inferiori) anche alla precoce deospedalizzazione dei pazienti dalla fase post-acuta con conseguente incremento degli ausili da utilizzare a livello domiciliare e presso i Centri Servizi del nostro territorio. In merito continuano ad essere attivate delle procedure a livello distrettuale al fine di promuovere un maggior utilizzo degli ausili riciclati rispetto al nuovo e a ciò si aggiunge l'attivazione della fornitura di ausili per incontinenti con una nuova ditta che ha comportato benefici economici legati ad un minor costo giornata. Sulla scorta delle azioni di verifica e controllo sul costo procapite promosse a partire dall'anno 2015 e tuttora in corso, si prevede di ridurre progressivamente la spesa anche attraverso attive collaborazioni con i Soggetti Prescrittori e la definizione di linee guida sull'appropriatezza prescrittiva oltre alla costante azione di monitoraggio sull'attività prescrittiva e sulle forniture.

D.4 Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati: raggiunto.

AREA E: Liste d'attesa

E.1 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/13*:* il parziale raggiungimento sintetizza la situazione di seguito descritta:

- *Rispetto tempi di attesa prestazioni di classe A :* raggiunto
- *Rispetto tempi di attesa prestazioni di classe B:* raggiunto
- *Rispetto tempi di attesa prestazioni di classe C:* non raggiunto.

  L'impatto negativo caratterizza una classe su tre non raggiungendo il valore soglia della classe "C". Il trend risulta comunque positivo rispetto anche a quanto conseguito nel 2015 realizzando miglioramenti in due tipologie di classi (classe A: 2015=86,53%, 2016=90%; classe B 2015=83,39%, 2016=91%).

  È necessario un ulteriore potenziamento del modello organizzativo al fine di pervenire al raggiungimento dei tempi previsti per la classe C.

- *Rispetto Piano di riduzione dei Tempi d'Attesa Aziendale*: raggiunto.

E.2 Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante: non raggiunto. Solo una branca delle due scelte ha raggiunto almeno il 20% dello scostamento dallo standard e delle 27 branche rimanenti 18 hanno migliorato il valore del 2015 mentre 9 lo hanno peggiorato.

E.3 Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche: raggiunto.

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

F.1 Completezza e tempestività del flusso SDO*:* raggiunto.

F.2 Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici: parziale raggiungimento. Un indicatore su tre risulta essere ancora in fase di verifica. Più precisamente la "% di Indicizzazione del Patient Summary su totale della popolazione individuata" la cui attività di realizzazione si sta realizzando sulla base delle indicazioni regionali.

F.3 Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea*:* raggiunto.

F.4 Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari: obiettivo non raggiunto. Sono state soddisfatte 7 soglie su 9 non raggiungendo la soglia regionale fissata all'obiettivo. Il miglioramento di tale performance potrà avvenire attraverso il consolidamento di procedure che consentano sia l'espletamento di tali funzioni informative sia l'effettuazione delle normali attività amministrativo-contabili.

F.5 Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali raggiunto.

Opportunità

Viene di seguito delineato il quadro delle opportunità emerse dall'insieme degli obiettivi definiti dalla DGR n. 2072/2015. Per convenienza di trattazione si cercherà nel prosieguo di delineare la mappa degli obiettivi, quali elementi sfidanti per l'Azienda e rilevanti per l'utenza, mantenendo la stessa articolazione per aree di cui alla DGR sopramenzionata. Occorre, peraltro precisare, che la totalità degli obiettivi, ovviamente per motivi e sotto aspetti diversi, è caratterizzata dall'elemento della rilevanza e, di conseguenza, dall'incentivo motivazionale della tensione al raggiungimento dello stesso da parte dell'Azienda.

AREA A: Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e organizzazione degli uffici

Gli obiettivi contenuti in questa area rivestono grande rilevanza per la collettività e costituiscono la sfida da accettare da parte dell'Azienda per il miglioramento dei servizi da offrire all'utenza non solo in termini di quantità, ma soprattutto di appropriatezza e di efficacia. Attraverso l'adeguamento dell'organizzazione delle Cure Primarie (ob. A.1), l'adeguamento dell'organizzazione delle strutture intermedie (ob. A.2), l'adeguamento dell'organizzazione ospedaliera (ob. A.3), si è cercato di meglio rispondere ai bisogni dell'utenza.

Obiettivi rilevanti e sfidanti

A.1 Adeguamento dell'organizzazione delle Cure primarie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016
A.2 Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016
A.3 Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016

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

Chi ha bisogno di cure ha come scopo precipuo quello di superare lo stato di malattia e disagio, ma chi è chiamato a gestire le risorse ha il dovere di garantire l'erogazione dei livelli assistenziali nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, di efficienza ed economicità. Gli obiettivi inseriti in tale ambito sono sfidanti in quanto caratterizzati dalla finalità di stimolare l'adozione di modelli gestionali e organizzativi orientati all'efficienza ed economicità quali strumenti indispensabili a garantire la minore costosità del sistema e, quindi, ad assicurare, in scenari caratterizzati da forte scarsità di risorse, il diritto alla salute costituzionalmente sancito.

Obiettivi sfidanti

B.1 Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale
B.2 Contabilità Analitica e Modelli LA
B.3 Applicare politiche di autoassicurazione

AREA C: Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi

Se quanto compreso nell'Area A ha rivestito carattere programmatico, gli obiettivi inseriti in tale contesto hanno costituito l'aspetto operativo della medesima sfida rappresentata dal loro raggiungimento quale strumento di risposta ai bisogni dell'utenza, elemento di estrema rilevanza per la collettività.

Obiettivi rilevanti
- C.1 Copertura Vaccinazioni già obbligatorie e Screening Oncologici
- C.3 Implementazione piani di sicurezza alimentare
- C.4 Integrazione Ospedale-Territorio
- C.6 Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015
- C.7 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica
- C.8 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile
- C.9 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica
- C.10 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica

Obiettivi sfidanti
- C.1 Copertura Vaccinazioni già obbligatorie e Screening Oncologici
- C.2 Raggiungimento della percentuale del 5% delle Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale
- C.3 Implementazione piani di sicurezza alimentare
- C.4 Integrazione Ospedale-Territorio
- C.5 Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)
- C.7 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica
- C.8 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile
- C.9 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica
- C.10 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica
- C.12 Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva
- C.13 Sperimentazione clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini

AREA D: Equilibrio Economico

Chi ha bisogno di cure ha come scopo precipuo quello di superare lo stato di malattia e disagio, ma chi è chiamato a gestire le risorse ha il dovere di garantire l'erogazione dei livelli assistenziali nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, di efficienza ed economicità. Gli obiettivi inseriti in tale ambito sono sfidanti in quanto caratterizzati dalla finalità di stimolare l'adozione di modelli gestionali e organizzativi orientati all'efficienza ed economicità quali strumenti indispensabili a garantire la minore costosità del sistema e, quindi, di assicurare, in scenari caratterizzati da forte scarsità di risorse, il diritto alla salute costituzionalmente sancito.

Obiettivi rilevanti:
- D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale

Obiettivi sfidanti
- D.2 Equilibrio Economico-Finanziario
- D.3 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari
- D.4 Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati

AREA E: Liste d'attesa

Già la definizione di questa area contiene un elemento di grande rilevanza per la prospettiva del cliente utente. In realtà tale area contiene elementi oggetto di apprezzamento e valutazione immediata da parte dell'utenza (Ob. E1), cui si aggiungono obiettivi "strumentali" per una risposta efficace alla domanda dell'utenza, sicuramente di non immediata percezione, ma altrettanto sfidanti (Ob. E2 e E3).

Obiettivi rilevanti:
- E.1 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013

Obiettivi sfidanti:
- E.1 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013
- E.2 Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante
- E.3 Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche

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

Gli obiettivi ricompresi in tale ambito rivestono sicuramente carattere sfidante dal momento che rappresentano azioni da svolgere e sviluppare per il miglioramento del livello di servizio da fornire all'utenza senza tralasciare gli aspetti connessi all'efficienza circa l'impiego delle risorse. Il denominatore comune che li caratterizza è rappresentato dall'assenza della percezione immediata da parte dell'utenza.

Obiettivi sfidanti:

F.1 Completezza e tempestività del flusso SDO
F.2 Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici
F.3 Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea
F.4 Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari
F.5 Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali

2.3.c Obiettivi strategici aziendali

Oltre agli obiettivi assegnati dalla Regione, L'azienda ha definito per il 2016 i seguenti obiettivi strategici trasversali aziendali:

- Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari;
- Gestione del Personale: riduzione ferie maturate e non godute e rispetto delle indicazioni e del budget relativo alle ore straordinarie;
- Predisposizione delle attività necessarie all'accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della L.R. 22/2002.

Ulteriori obiettivi per specifica area di competenza sono:

- **AREA SOCIO –SANITARIA**: all'interno di tale area trovano collocazione sia le tre Macrostrutture (Ospedale, Distretto Socio-Sanitario, Dipartimento Area di Prevenzione). Per l'anno 2016 vengono identificati i seguenti obiettivi:

- Riduzione dei ricoveri ripetuti potenzialmente inappropriati;
- Risolvere le non conformità individuate dal GTM regionale a seguito della visita per l'autorizzazione svoltasi nei giorni 25 – 27 maggio 2015;
- Appropriatezza prescrittiva dei farmaci sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale (distribuzione diretta);
- Avvio della nuova programmazione del Piano di Zona 2017-2021;
- Rilevazione del benessere organizzativo in ambito distrettuale e del dipartimento di Prevenzione;
- Programma di lotta alle disuguaglianze;
- Sviluppo del modello "task shifting" per la gestione del personale del comparto;
- Attivazione di un punto unico di fatturazione del Dipartimento di Prevenzione con relativa procedura operativa;
- Potenziare la collaborazione e la sinergia d'azione tra i servizi al fine di evitare sopralluoghi multipli nella stessa Azienda e ottenere un risparmio di risorse del personale;
- Potenziare l'offerta dei servizi tramite l'utilizzo del portale aziendale;

- **AREA AMMINISTRATIVA:** all'interno di questa area sono collocate le strutture amministrative e quelle in staff alla Direzione Amministrativa.

- Adempimenti amministrativo-contabili relativi alla predisposizione del bilancio economico preventivo, dei monitoraggi trimestrali dei costi e dei ricavi;
- Qualità dei dati di bilancio attraverso l'emissione a cadenza mensile degli ordini preventivi, e alla verifica della qualità dei dati forniti a CEPA 3° e a preconsuntivo;
- Revisione e aggiornamento dei Piani triennali sulla prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
- Risoluzione delle non conformità individuate dal GTM regionale a seguito della verifica per l'autorizzazione svoltasi nei giorni 25 -27 maggio 2015;

3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

3.1 Obiettivi strategici ed operativi

In questa sezione sono presenti, secondo una logica a cascata, i risultati di performance conseguiti dall'Azienda. Questa sezione di articola in tre paragrafi: l'albero delle performance, gli obiettivi strategici e quelli operativi.

Albero delle *Performance*

Il grafico che segue dà dimostrazione della suddivisione dell'Azienda in due *aree strategiche*: l'Area socio-sanitaria e l'Area tecnico-amministrativa e le *prospettive* in cui sono ripartite le schede di budget e dove vengono raggruppati gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi.

Obiettivi strategici della D.G.R. 2072/2015

Nelle tabelle seguenti vengono elencati in forma sintetica, per AREA strategica e per PROSPETTIVA, gli obiettivi strategici dell'anno 2016 declinati dalla Regione alle Aziende con, a fianco, la percentuale di raggiungimento degli stessi.

Questi ultimi, con la logica "*a cascata*", sono stati inseriti nelle singole schede di budget. Le valutazioni finali sotto riportate sono il frutto delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, di costo, dei flussi informativi regionali ed aziendali e dell'attività documentata dal Responsabile di struttura.

In *rosso* sono stati evidenziati gli obiettivi strategici trasversali di miglioramento aziendale per distinguerli da quelli della DGR 2072/2015.

AREA STRATEGICA SOCIO - SANITARIA			
Prospettiva economico finanziaria		**Prospettiva dei portatori di interessi**	
Obiettivi strategici	*% ragg*	*Obiettivi strategici*	*% ragg*
D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi	12,50%	A.a) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di **controllo** dell'organizzazione degli uffici	100%
D.2) Equilibrio economico-finanziario	98%	C.a) Obiettivi di salute: attività di prevenzione	73,94%
AZ.1) Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari	94,30%	E.a) Liste di attesa: classi di priorità	90%
		1) Benessere organizzativo	100%
		2) Rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda	91%
		5) Prevenzione della corruzione	88,90%
Prospettiva dei processi interni: operativi e di innovazione		**Prospettiva di apprendimento e crescita: sviluppo del capitale umano, informativo ed organizzativo**	
Obiettivi strategici	*% ragg*	*Obiettivi strategici*	*% ragg*
A.b) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di **programmazione** dell'organizzazione degli uffici	98%	P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale	84,60%
B.b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema	75%	P.1) Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero	95,80%
C.b) Obiettivi di funzionamento dei servizi	49,60%		
E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali	40%		
AZ50 Prenotazione della visita di controllo dopo la prima visita da parte dello specialista – solo per i controlli entro i sei mesi	100%		
F.) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel NSIS	75%		
3) Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	76,40%		
4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio – Non conformità	100%		
Grado di raggiungimento complessivo dell'area SOCIO SANITARIA			**81,2%**

Il risultato della *performance* dell'area socio-sanitaria risente dei risultati negativi ottenuti negli obiettivi: D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi, C.b) Obiettivi di funzionamento dei servizi con l'integrazione ospedale-territorio e E.b) sulle liste di attesa: ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante.
Per quanto riguarda l'obiettivo D.1) pur non avendo raggiunto tutti i valori target regionali, in taluni casi, ha registrato un miglioramento rispetto all'anno precedente. Per l'obiettivo C.b) le criticità sono legate alla qualità dell'assistenza ospedaliera area oncologica per i tempi di attesa degli interventi chirurgici al colon retto, alla qualità dell'assistenza ospedaliera di area chirurgica sui ricoveri in Week Surgery e sui dimessi con DRG medico in reparti chirurgici. Per l'obiettivo E.b) la criticità riguarda il mancato raggiungimento del tasso, previsto dalla Regione, per la branca di psichiatria

AREA STRATEGICA TECNICO - AMMINISTRATIVA			
Prospettiva economico finanziaria		**Prospettiva dei portatori di interessi**	
Obiettivi strategici	*% ragg*	*Obiettivi strategici*	*% ragg*
B.a) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	100%	2) Rinnovo autorizzazione ed accreditamento dell'Azienda	100%
D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi	100%	5) Prevenzione della corruzione	100%
D.2) Equilibrio economico-finanziario	100%		
AZ.1) Rilevazione delle giacenze, adempimenti amm.vo-contabili	91,30%		
Prospettiva dei processi interni: operativi e di innovazione		**Prospettiva di apprendimento e crescita: sviluppo del capitale umano, informativo ed organizzativo**	
Obiettivi strategici	*% ragg*	*Obiettivi strategici*	*% ragg*
B.b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema	100%	P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale	75,70%
C.b) Obiettivi di funzionamento dei servizi	100%		
E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali	100%		
F.a) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel NSIS	80%		
G.) Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia	100%		
4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio – Non Conformità	100%		
Grado di raggiungimento complessivo dell'area TECNICO - AMMINISTRATIVA			**95,9%**

La *performance* dell'area tecnico-amministrativa sconta un risultato non ottimale per quanto riguarda l'obiettivo sul rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel NSIS (qualità dei flussi relativi ai beni sanitari). Tra gli obiettivi di miglioramento aziendale il risultato negativo riguarda la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale. Soprattutto per queste ultime la cronica carenza di personale delle strutture tecnico-amministrative non permette di fruire tutte le ferie previste dall'obiettivo. Ottima la performance degli altri obiettivi strategici declinati all'area tecnico-amministrativa.

Obiettivi Operativi

Nelle tabelle di seguito riportate si dà evidenza, per obiettivo strategico, dei risultati ottenuti dagli obiettivi operativi ad essi collegati. L'analisi dettagliata per obiettivo su indicatori, valori soglia, dati di consuntivo dell'anno 2016 e strutture coinvolte nel raggiungimento dell'obiettivo è presente negli **allegati 2.a e 2.b)** della presente relazione.

AREA STRATEGICA SOCIO-SANITARIA

Prospettiva: economico – finanziaria

Obiettivo strategico: D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi

Obiettivi operativi regionali		Grado di raggiungimento
Rispetto del tetto:		
D.3.1) Rispetto del pro-capite pesato Distribuzione Diretta classe A e H	Rispetto del costo pro-capite pesato distribuzione diretta classe A e H	0%
D.3.2) Rispetto del tetto di costo sulla Farmaceutica territoriale	Rispetto del limite di costo	0%
D.3.3) Rispetto del tetto di costo della Farmaceutica ospedaliera	Rispetto del limite di costo	0%
D.3.4) Rispetto del tetto di costo dei Dispositivi Medici	Rispetto del limite di costo	0%
D.3.5) Rispetto del tetto di costo degli IVD	Rispetto del limite di costo	100%
D.3.6) Rispetto del tetto di costo dell'assistenza Integrativa AIR	Rispetto del limite di costo	0%
D.3.7) Rispetto del tetto di costo dell'assistenza Protesica	Rispetto del limite di costo	50%
Totale		**12,50%**

Obiettivo strategico: D.2) Equilibrio economico-finanziario

L'obiettivo regionale in oggetto prende in esame quattro aspetti: il pareggio di bilancio e i costi della produzione (comprese le imposte e tasse) rettificati LEA, oltre alla situazione economico-patrimoniale e al rispetto dei tempi di pagamento programmati. Così formulato questo obiettivo non può essere declinato alle Unità operative aziendali se non attraverso la coniugazione di obiettivi operativi aziendali che si traducono nel rispetto del budget economico negoziato per le categorie di costo: beni sanitari, servizi sanitari e godimento beni di terzi. La valutazione a consuntivo avviene considerando il rispetto del budget assegnato per le voci non oggetto di limite regionale già considerate nella valutazione dell'obiettivo strategico D.1) rispetto della programmazione regionale sui costi.

Obiettivo operativo		Grado di raggiungimento
D.2.a) Rispetto del budget assegnato per I beni sanitari, servizi sanitari, godimento Beni di terzi	*Rispetto del budget assegnato*	98%
Totale		**98%**

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.1) Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari	94,30%
Totale	**94,30%**

Prospettiva: portatori di interessi

Obiettivo strategico: A.a) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo dell'organizzazione degli uffici.

Obiettivo operativo regionale	Grado di raggiungimento
A.2) Adeguamento dell'organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016	100%
Totale	**100%**

***Obiettivo strategico: C.a) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: attività di* prevenzione**

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
C.1) copertura vaccinale già obbligatorie e screening oncologici	58,3%
C.2) raggiungimento della percentuale del 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale	100%
C.3) implementazione piani di sicurezza alimentare	100%
Totale	**73,94%**

Obiettivo strategico: E.a) Liste di attesa: classi di priorità

Obiettivo operativo regionale	Grado di raggiungimento
E.1) Piena implementazione delle modalità org. erogative per il contenimento dei tempi di attesa	90%
Totale	**90%**

Obiettivo strategico: 1) Benessere organizzativo

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.5) Rilevazione del livello di benessere organizzativo	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: 2) Rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.22) Predisposizione delle attività necessarie al rinnovo dell' accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della L.R. 22/2002	91%
Totale	**91%**

Obiettivo strategico: 5) Prevenzione della corruzione

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.10) Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti pubblici quantificazione dei bisogni. Definire i criteri adottati dalla Commissione tecnica aziendale dei dispositivi medici per valutare l'acquisto degli stessi	100%
AZ.13) Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/spese/patrimonio: fatture attive- mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione	100%
AZ.16) Prevenzione della corruzione: area vigilanza/controlli/ispezioni/sanzioni: controllo luoghi di lavoro – Revisione delle procedure SPISAL	100%
AZ.18) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: gestione delle scorte – definizione di un progetto di gestione delle scorte per la riduzione dei farmaci scaduti	100%
AZ.19) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somm.ne farmaci in casa di riposo – definizione di un sistema di controllo somministrazione farmaci presso una casa di riposo	100%
AZ.20) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somministrazione farmaci in ospedale – definizione di un sistema di controllo somministrazione individuale farmaci in ospedale	100%
AZ.21) Prevenzione della corruzione: area libera professione: negoziazione prestazioni – attivazione controlli semestrali sulla turnazione dei dirigenti aventi diritto per l'erogazione di prestazioni aggiuntive	0%
AZ.23) Prevenzione della corruzione: area libera professione: negoziazione prestazioni – definizione di una procedura che definisca modalità e criteri per il contenimento del rischio di preferenza di alcuni oggetti nella negoziazione di prestazioni in libera professione – mancata trasparenza nella procedura di assegnazione	100%
AZ.24) Prevenzione della corruzione: area liste di attesa: assegnazione – attivazione controlli semestrali sugli appuntamenti con forzature manuali e verifica delle giustificazioni	100%
Totale	**88,90%**

Prospettiva: dei processi interni: operativi e di innovazione

Obiettivo strategico: A.b) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di programmazione dell'organizzazione degli uffici

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
A.1) Adeguamento dell'organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016	100%
A.3) Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016	96%
Totale	**98%**

Obiettivo strategico: B.b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
B.3) Applicare le nuove politiche di Assicurazione	75%
Totale	**75%**

Obiettivo strategico: C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
C.4) Integrazione ospedale - territorio	75%
C.5) Aderenza alle disposizioni operative per l'attività di Pronto soccorso DGR 1513/2014	50%
C.6) Rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti secondo il DM 70/2015	70%
C.7) Qualità di assistenza ospedaliera	25%
C.8) Qualità dell'assistenza ospedaliera: area materno - infantile	100%
C.9) Qualità dell'assistenza ospedaliera: area oncologica	0%
C.10) Qualità dell'assistenza ospedaliera: area medica	50%
C.11) Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	100%
C.12) Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico	33%
C.13) Sperimentazione clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	100%
Totale	**49,60%**

Obiettivo strategico: E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali

Obiettivo operativo regionale	Grado di raggiungimento
E.2) Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante	0%
E.3) Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche	100%
Totale	**40%**

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.50) Prenotazione della visita di controllo dopo la prima visita da parte dello specialista – solo per i controlli entro i sei mesi	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi in NSIS: digitalizzazione delle informazioni

Obiettivo operativo regionale	Grado di raggiungimento
F.2) Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	100%
F.3) Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	100%
F.4) Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	0%
F.5) Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali	100%
Totale	**75%**

Obiettivo strategico: 3) Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.48) Appropriatezza della prescrizione farmaceutica	52,70%
AZ.49) Appropriatezza della prescrizione farmaceutica: farmaci al alto costo	100%
Totale	**76,40%**

Obiettivo strategico: 4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio – Non conformità

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.51) Compimento delle attività necessarie per la risoluzione delle Non Conformità rilasciate dal GTM regionale per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002	100%
Totale	**100%**

Prospettiva: di apprendimento e crescita: sviluppo del capitale umano, informativo ed organizzativo

Obiettivo strategico: P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.2) Gestione delle ferie maturate e non godute e budget delle ore straordinarie	84,60%
Totale	**84,60%**

Obiettivo strategico: P.1) Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero

Obiettivi operativi aziendali	Grado di raggiungimento
AZ.41) Formazione di base su TESI (nuovo sistema informatico di Anatomia patologica) del personale del comparto	100%
AZ.42) Gestione centralizzata del POCT Conselve - Montagnana	100%
AZ.43) Integrazione personale infermieristico dei servizi diagnostici: Radiologia, Laboratorio e Trasfusionale	100%
AZ.45) Implementazione del modello del modular nursing	85%
AZ.46) Gestione delle risorse umane: 1) Predisposizione della turnistica del personale del comparto per ottemperare all'art. 14, comma 1 della L. 161/2014 2) Collaborazione con il coordinatore dip.le per la creazione di un cruscotto per il monitoraggio dei dati del personale	100%
AZ.47) Implementazione della documentazione clinico-assistenziale infermieristica	90%
Totale	**95,80%**

AREA STRATEGICA TECNICO - AMMINISTRATIVA

Prospettiva: economico – finanziaria

Obiettivo strategico: B.a) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

Obiettivo operativo regionale	Grado di raggiungimento
B.1) riduzione dei prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi

Obiettivo operativo regionale		Grado di raggiungimento
D.1) Rispetto del tetto di costo del Personale	Rispetto del limite di costo	100%
Totale		**100%**

Obiettivo strategico: D.2) Equilibrio economico-finanziario

L'obiettivo regionale in oggetto prende in esame quattro aspetti: il pareggio di bilancio e i costi della produzione (comprese le imposte e tasse) rettificati LEA, oltre alla situazione economico-patrimoniale e al rispetto dei tempi di pagamento programmati. Così formulato questo obiettivo non può essere declinato alle Unità operative aziendali se non attraverso la coniugazione di obiettivi operativi aziendali che si traducono nel rispetto del budget di spesa assegnato.

Obiettivo operativo	Grado di raggiungimento
D.2.b) Rispetto del budget di spesa assegnato	100%
D.2.4) Rispetto dei tempi di pagamento programmati	100%
D.4) Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	100%
Totale	**100%**

Obiettivi operativi aziendali	Grado di raggiungimento
AZ.1) Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari	88,90
AZ.3) Adempimenti amministrativo-contabili	88%
AZ.4) Qualità dei dati di bilancio	96,90%
Totale	**91,30%**

Prospettiva: dei portatori di interessi

Obiettivo strategico: 2) Rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.22) Predisposizione delle attività necessarie per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della L.R. 22/2002	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: 5) Prevenzione della Corruzione

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.7) Prevenzione della corruzione: area rischio elaborazione stipendi – controllo mensile sui caricamenti stipendiali	100%
AZ.8) Prevenzione della corruzione: area di rischio conferimento incarichi – richiesta autorizzazione alla Regione Veneto	100%
AZ.9) Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti pubblici pianificazione degli acquisti – predisposizione del documento di programmazione degli acquisti di beni e servizi	100%
AZ.11) Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti pubblici esecuzione del contratto – monitoraggio esecuzione dei contratti	100%
AZ.12) Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/spese/patrimonio: fatture passive – definizione procedura aziendale relativa al ciclo passivo	100%
AZ.13) Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/spese/patrimonio: fatture attive – mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione	100%
AZ.14) Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/spese/patrimonio: rilevazioni di bilancio – certificazione di bilancio: adesione al percorso regionale	100%

AZ.15) Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/spese/patrimonio: acquisto e locazione immobili – definizione della procedura che espliciti i passaggi di locazione immobili	100%
AZ.17) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: prescrizione farmaci – raccolta dichiarazioni dei medici prescrittori ospedalieri	100%
AZ.20) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somministrazione farmaci in ospedale – definizione di un sistema di controllo somministrazione individuale farmaci in ospedale	100%
Totale	**100%**

Prospettiva: dei processi interni operativi e di innovazione

Obiettivo strategico: B.b) corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
B.2) Contabilità analitica e Modello LA	100%
B.3) Applicare le nuove politiche di Assicurazione	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
C.11) Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
E.3) Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: F.a) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo sistema Informativo Sanitario: digitalizzazione delle informazioni

Obiettivi operativi regionali	Grado di raggiungimento
F.1) Completezza e tempestività del flusso SDO	100%
F.2) Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	100%
F.3) Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	100%
F.4) Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari	0%
F.5) Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali	100%
Totale	**80%**

Obiettivo strategico: G) progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
G.1) Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia	100%
Totale	**100%**

Obiettivo strategico: 4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio – Non Conformità

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.51) Compimento delle attività necessarie per la risoluzione delle Non Conformità rilasciate dal GTM regionale per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002	100%
Totale	**100%**

Prospettiva: di apprendimento e crescita: sviluppo del capitale umano, informativo ed organizzativo

Obiettivo strategico: P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie, alle risorse aggiuntive e alle ferie del personale

Obiettivo operativo aziendale	Grado di raggiungimento
AZ.2) Gestione delle ferie maturate e non godute e budget delle ore straordinarie	75,70%
Totale	**75,70%**

Sintesi finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget anno 2016

AREA OSPEDALIERA

PUNTEGGIO MEDIO AREA OSPEDALIERA 92,42%

Nella sintesi non sono incluse le valutazioni della Farmacia e della Prevenzione, Protezione, Sorveglianza Sanitaria ancora in fase di elaborazione

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Chirurgia	36,39	11,50	33,75	12,00	93,64
Oculistica	40,00	15,00	32,54	12,00	99,54
ORL	40,00	13,00	33,49	11,80	98,29
Ortopedia	38,27	9,43	31,76	13,40	92,86
Urologia	39,19	12,09	31,79	12,00	95,07
Chirurgia Artroscopica	10,00	14,50	70,00		94,50
Day Surgery multidisc.	35,66	5,00	51,00		91,66
				TOTALE	**95,08**

DIPARTIMENTO AREA EMERGENZA					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Anestesia Rianimazione	40,00	3,25	39,00	16,00	98,25
Pronto Soccorso	40,00	5,00	42,14	12,00	99,14
				TOTALE	**98,70**

DIPARTIMENTO AREA MATERNO-INFANTILE					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Ostetricia e gin.	40,00	9,75	15,46	11,20	76,41
Pediatria	39,50	13,75	12,90	8,60	74,75
				TOTALE	**75,58**

DIPARTIMENTO AREA MEDICA					
U.O.C/U.O.S.D.	PROSPETTIVE				TOTALE
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Cardiologia	40,00	10,00	29,00	12,00	91,00
Medicina	40,00	8,64	32,00	13,60	94,24
Nefrologia	40,00	11,75	31,00	12,00	94,75
Neurologia	40,00	13,10	30,57	11,00	94,67
Oncologia	40,00	10,00	34,00	12,00	96,00
Diabetologia	38,55	5,00	41,00	12,00	96,55
				TOTALE	**94,54**

DIPARTIMENTO AREA RIABILITAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO					
U.O.C/U.O.S.D.	PROSPETTIVE				TOTALE
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Geriatria	39,48	16,60	25,34	12,00	93,42
Lungodegenza	36,23	7,25	35,51	11,20	90,19
Rec. Riabilitazione funz.	36,59	15,40	29,61	12,00	93,60
				TOTALE	**92,40**

DIPARTIMENTO AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					
U.O.C/U.O.S.D.	PROSPETTIVE				TOTALE
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Anatomia patologica	38,00	15,00	28,00	17,00	98,00
Laboratorio An.	40,00	5,00	32,00	23,00	100,00
Radiologia	40,00	30,00	8,00	17,00	95,00
Trasfusionale	35,02	13,00	15,00	31,75	94,77
				TOTALE	**96,94**

DIPARTIMENTO AREA SALUTE MENTALE - OSPEDALE					
U.O.C/U.O.S.D.	PROSPETTIVE				TOTALE
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
S.P.D.C.	40,00	6,40	34,43	11,72	92,55
				TOTALE	**92,55**

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA					
U.O.C/U.O.S.D.	PROSPETTIVE				TOTALE
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Direzione Medica Presidio	40,00	23,49	22,10	8,00	93,59
				TOTALE	**93,59**

AREA DISTRETTUALE

PUNTEGGIO MEDIO AREA DISTRETTUALE 96,27%

DISTRETTO SOCIO SANITARIO UNICO					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Cure Primarie	37,34	7,80	35,94	10,00	91,08
Dipendenze	38,58	29,50	20,00	8,20	96,28
Serv integrati alla persona	38,06	13,00	34,61	10,00	95,67
Direzione Distretto	30,90	8,00	39,25	9,65	87,80
				TOTALE	**92,71**

DIPARTIMENTO AREA SALUTE MENTALE - TERRITORIO					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
PSICHIATRIA	39,95	6,00	42,61	10,00	98,56
				TOTALE	**98,56**

AREA PREVENZIONE

PUNTEGGIO MEDIO AREA PREVENZIONE 97,55%

DIPARTIMENTO AREA PREVENZIONE					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Serv Igiene e sanità pubbl.	35,90	24,00	20,00	13,00	92,90
Serv Igiene alimenti e nutr.	3,00	48,50	30,00	14,68	96,18
Serv prevenzione amb lav.	3,00	62,00	20,00	15,00	100,00
Medicina Legale	3,00	16,00	60,96	15,00	94,96
Sanità animale	39,99	20,00	25,00	14,99	99,99
Contr alimenti origine an.	3,00	32,00	50,00	13,83	98,83
Igiene allevamenti	3,00	32,00	50,00	15,00	100,00
				TOTALE	**97,55**

AREA TECNICO – AMMINISTRATIVA

PUNTEGGIO MEDIO AREA TECNICO - AMMINISTRATIVA 96,97%

DIPARTIMENTO GIURIDICO-AMMINISTRATIVO					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Affari generali e legali	40,00	10,00	40,00	10,00	100,00
Att amm.ve ospedale-terr.	40,00	10,00	40,00	10,00	100,00
Gestione del personale	40,00	16,00	34,00	10,00	100,00
				TOTALE	**100,00**

DIPARTIMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Gest tecnica patrimonio	38,50	18,00	32,00	9,60	98,10
Provveditorato e logistica	35,00	12,00	35,83	9,17	91,99
Sistemi informativi	3,00	25,00	61,50	9,26	98,76
				TOTALE	**96,28**

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA					
U.O.C/U.O.S.D.	**PROSPETTIVE**				**TOTALE**
	Economico - finanziaria	*Portatori interessi*	*Processi interni*	*Apprendimento e crescita*	
Contabilità e bilancio	40,00	25,00	20,00	10,00	95,00
Controllo di Gestione	40,00	6,00	44,00	5,80	95,80
Coord. Ospedale unico	35,79	15,00	35,00	7,30	93,09
				TOTALE	**94,63**

3.2 Obiettivi individuali

Il processo di misurazione e di valutazione dei risultati individuali è volto al miglioramento continuo delle performance: il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma la definizione di azioni di miglioramento, con riferimento sia alla performance individuale, sia all'efficacia del sistema nel suo insieme. A tal fine, la misurazione non può essere concepita come attività puntuale, svolta solo all'inizio e alla fine dell'anno, ma come un processo continuo caratterizzato da momenti di monitoraggio intermedio, con una chiara identificazione dei soggetti deputati alla valutazione e degli ambiti e limiti di ciascuno di essi.

L'attuale sistema di misurazione e valutazione dei risultati individuali, oggetto di Accordo Aziendale Integrativo, si ispira per il personale del comparto e delle aree contrattuali della dirigenza ad alcuni fondamentali principi:

- miglioramento della qualità dei servizi,
- crescita delle competenze professionali,
- trasparenza dell'azione amministrativa.

A questi principi fondamentali si aggiungono quelli di:

- imparzialità;
- celerità;
- puntualità;
- trasparenza dei criteri e dei risultati;
- adeguata informazione e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che effettua la valutazione.

Gli ambiti di valutazione possono essere ricondotti a due principali aggregati:

- *Operativo (rispetto degli obiettivi di budget)*
  in questo ambito sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget. L'attenzione è concentrata sui risultati da conseguire nel periodo considerato;
- *Comportamenti organizzativi*
  in questo ambito sono prese in considerazione le diverse dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi). Lo strumento di misurazione è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi sia i comportamenti.

La scheda individuale presenta differenze a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

La scheda di valutazione annuale dei dirigenti ha caratteristiche diverse a seconda della tipologia dell'incarico assegnato.

Le schede di valutazione annuale sono di due tipologie: la scheda del dirigente con incarico professionale (ai sensi dell'art. 27, comma 1 lett. c) e d) del CCNL 8/6/2000 (ossia incarico professionale di base e incarico professionale di studio, ricerca, consulenza e di alta specializzazione) e la scheda del dirigente con incarico di direzione di Struttura ai sensi dell'art. 27, comma 1 lett. a) e b) ossia dei direttori di struttura complessa, responsabile di unità operativa semplice dipartimentale e unità operativa semplice articolazione interna di unità operativa complessa.

Per i Dirigenti con incarico professionale ai sensi dell'art.27,comma 1 lett. c) e d) del CCNL 8/6/2000: la misurazione e la valutazione della performance individuale concerne i seguenti aspetti:

Livello della prestazione individuale intesa attraverso:

- La capacità dimostrata di generare un clima favorevole alla produttività;
- La capacità dimostrata nell'espletamento dei compiti affidati;
- La capacità di contribuire al miglioramento del clima organizzativo all'interno dell'U.O. di appartenenza;
- La capacità dimostrata nel promuovere le innovazioni tecnologiche e procedimentali;
- La qualità dell'apporto personale nell'ambito dei progetti dell'U.O. di appartenenza;
- La collaborazione interna e livello di partecipazione multi professionale nell'organizzazione dipartimentale;
- La capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli di raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- L'attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale;
- Il raggiungimento del minimo di credito formativo, ai sensi dell'art.16 ter, comma 2, DLgs 502/92 e s.m.i.;
- Il rispetto del codice di comportamento di cui all'allegato 1 del CCNL 3.11.05 e s.m.i., tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

Esclusivamente per i Dirigenti con incarico di supporto alla Direzione di UOC o con incarico di direzione di UOS articolazione interna di UOC, quanto sopra viene integrato da:

- La capacità dimostrata nel guidare, delegare e valutare i collaboratori;
- La capacità nell'assolvere le attività gestionali, connesse alle funzioni affidate, con particolare attenzione agli aspetti di distribuzione e verifica carichi di lavoro.

Si riporta di seguito lo schema di sintesi concernente la valutazione complessiva dirigenziale:

PARAMETRI DI VALUTAZIONE	PESO	VALUTAZIONE ATTRIBUITA	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Livello della prestazione individuale	100%	punteggio da 0 a 100 riferito al grado di raggiungimento di ciascuna delle componenti la prestazione individuale	peso x punteggio attribuito

Per i Dirigenti con incarico di Direzione di Struttura ex art.27, comma 1, lett.a) e b) del CCNL 8/6/2000: la misurazione e la valutazione della performance individuale concerne gli aspetti sotto indicati.

Risultati di gestione e conseguimento degli obiettivi di budget e/o di programma dell'U.O. attraverso:

- Il raggiungimento, per quota parte, degli obiettivi strategici, dei relativi output e degli out come e al raggiungimento degli obiettivi operativi riportati nella scheda di budget;

Livello della prestazione individuale intesa attraverso:

- La capacità dimostrata nel motivare, guidare, delegare e valutare i collaboratori e generare un clima organizzativo favorevole alla produttività attraverso un'equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione corretta degli istituti contrattuali;
- L'efficacia dei modelli organizzativi adottati;
- La capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli di raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- L'attività di ricerca clinica applicata, delle sperimentazioni, delle attività di tutoraggio formativo, della docenza universitaria e nell'ambito dei programmi di formazione permanente aziendale;
- La capacità di rispettare e far rispettare le regole e i vincoli dell'organizzazione senza indurre formalismi e promuovendo la qualità dei servizi;
- La capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedimentali e i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
- Il raggiungimento del minimo di Credito formativo ai sensi dell'art. 16 ter, comma 2, D.Lgs. n.502/92 e s.m.i.;
- Il rispetto del codice di comportamento di cui all'allegato 1 del CCNL 3.11.05 e s.m.i., tenuto conto anche delle modalità di gestione delle responsabilità dirigenziali e dei vincoli derivanti dal rispetto dei codici deontologici.

Si riporta di seguito lo schema di sintesi concernente la valutazione complessiva dirigenziale:

PARAMETRI DI VALUTAZIONE	PESO	VALUTAZIONE ATTRIBUITA	PUNTEGGIO RAGGIUNTO
Risultati di gestione e conseguimento degli obiettivi di budget e/o di programma dell'U.O.	40%	punteggio da 0 a 100 riferito al grado di raggiungimento obiettivi scheda di budget	peso x punteggio attribuito
Livello della prestazione individuale	60%	punteggio da 0 a 100 riferito al grado di raggiungimento di ciascuna delle componenti la prestazione individuale	peso x punteggio attribuito

Per il Personale del Comparto: la misurazione e la valutazione della performance individuale concerne i seguenti aspetti:

Collocazione Organizzativa e Professionale intesa come:

- Importanza o meno del carico di lavoro in relazione al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati all'interno del Servizio/Divisione/Ufficio;

- Maggiore o minore bagaglio professionale al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati all'interno del Servizio/Divisione/Ufficio.

Funzionalità della Partecipazione ai singoli progetti:

- Grado di funzionalità dell'attività del dipendente al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati attraverso la valutazione del grado di autonomia, la capacità di risolvere i problemi, la precisione nelle mansioni svolte.

Grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi stessi, dell'impegno e della qualità della prestazione individuale:

- Grado di contributo del dipendente al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati tenendo conto dei seguenti elementi:
    - Orientamento all'utenza;
    - Disponibilità all'integrazione, sostituzione dei colleghi;
    - Capacità di adattamento organizzativo (flessibilità).

Si riporta di seguito lo schema di sintesi concernente la valutazione complessiva:

PARAMETRI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE ATTRIBUITA
Collocazione Organizzativa e Professionale	**punteggio da 1 a 8 riferito al grado di raggiungimento di ciascuna delle componenti**
Funzionalità della partecipazione ai singoli progetti	**punteggio da 0 a 6 riferito al grado di raggiungimento di ciascuna delle componenti**
Grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi stessi,dell'impegno e della qualità della prestazione individuale	**punteggio da 0 a 6 riferito al grado di raggiungimento di ciascuna delle componenti**

La **responsabilità della valutazione del personale** compete in relazione agli incarichi dirigenziali ricoperti in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda così come definito dall'Atto Aziendale. Pertanto il valutatore (direttore di UOC o Responsabile di UOSD) nonché superiore gerarchico diretto del valutato ha la titolarità della valutazione, ovvero la responsabilità dell'assegnazione degli obiettivi, della loro negoziazione e definizione e della valutazione finale. In particolare la valutazione è svolta:

- dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale cui compete la valutazione della performance individuale per i direttori di distretto e di dipartimento;
- dal Direttore di distretto e di dipartimento cui compete la valutazione della performance individuale dei responsabili delle unità operative a loro riferite e del personale a loro assegnato;
- dai Direttori di UOC e responsabili UOSD cui compete la valutazione della performance individuale del personale a loro assegnato.

Con nota protocollo n.0038785 del 02/03/2017 la Direzione Amministrativa dell'azienda Ulss17 ha attivato il procedimento per la valutazione annuale degli obiettivi per l'attribuzione della retribuzione di risultato e del fondo di produttività della Dirigenza dell'anno 2016.

Al fine di rendere più agevole, sia ai valutati che ai valutatori di prima istanza, relazionare ed esprimere le proprie valutazioni circa il raggiungimento degli obiettivi, l'UOC Controllo di Gestione, avvalendosi delle strutture aziendali preposte al monitoraggio degli obiettivi, ha raccolto e pubblicato nel sito aziendale – area riservata – statistiche- valutazione annuale 2016 – i risultati ottenuti di ogni obiettivo.

Con nota protocollo n.0076775 del 02/05/2017 l'UOC Gestione del Personale ha attivato il procedimento per la definizione del conguaglio della produttività collettiva inerente all'anno 2016, relativamente al personale del Comparto Sanità. A tal fine sono state inviate le schede di valutazione per la compilazione delle stesse.

Nelle tabelle seguenti si riportano di seguito alcuni dati di sintesi e i risultati conseguiti dal personale nel processo di valutazione dell'anno 2016.

VALUTAZIONE DEL GRADO DI CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI RELATIVO AL CICLO DELLA PERFORMANCE (ANNO 2016)

	NUMERO VALUTATORI	NUMERO VALUTATI	CONTENZIOSI
PROCESSO DI VALUTAZIONE DIRIGENZA	37	364	0
PROCESSO DI VALUTAZIONE COMPARTO	38	1667	5
TOTALE	75	2031	5

AREA CONTRATTUALE	NUMERO DIPENDENTI	VALUTAZIONE % MEDIA	VALUTAZIONE % MASSIMA	VALUTAZIONE % MINIMA
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	330	97,6	100	60
DIRIGENZA SANITARIA E PTA	34	99,84	100	93,09
COMPARTO	1667	98,76*	100*	55*
TOTALE	2031			

* % calcolata su un punteggio massimo disponibile di n.20 punti

AREA CONTRATTUALE	RISORSE DIPONIBILI	
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	€	952.209,00
DIRIGENZA SANITARIA E PTA	€	279.846,00
COMPARTO	€	1.877.827,00
TOTALE	€	3.109.882,00

personale per classe di punteggio (valore assoluto

AREA CONTRATTUALE	100% - 90%	89% - 60%	inferiore al 60%
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	312	6	0*
DIRIGENZA SANITARIA E PTA	33	0	0*
COMPARTO	1615	14	38
TOTALE	1960	20	38

* in attesa di valutazione: 3 dirigenti medici e 1 dirigenti SPTA
* non valutati: 9 dirigenti medici

4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ

Nella tabella che di seguito si riporta (valori in €) sono rappresentati gli aggregati economici di ricavo e di costo maggiormente significativi e si evidenzia che il Bilancio di Esercizio 2016 espone un risultato di esercizio negativo pari a € -16.983.160,76.

CONTO ECONOMICO AZIENDA ULSS 17	BILANCIO DI ESERCIZIO 2016
Valore della Produzione	330.240.501,55
Costo della Produzione	-345.307.108,47
Proventi e Oneri Finanziari	-64.771,40
Rettifiche di valore	0,00
Proventi e Oneri Straordinari	4.839.592,14
Imposte e Tasse	-6.691.374,58
Risultato di Esercizio	**-16.983.160,76**

La tabella seguente riporta il confronto delle macro voci di bilancio tra l'esercizio 2015 e 2016 (valori espressi in €uro):

	Bilancio di Esercizio 2015	Bilancio di Esercizio 2016	2016-2015
VALORE DELLA PRODUZIONE	327.625.439,95	330.240.501,55	2.615.061,60
COSTO DELLA PRODUZIONE	346.390.956,97	345.307.108,47	- 1.083.848,50
DIFFERENZA VALORE - COSTO DELLA PRODUZIONE	**- 18.765.517,02**	**- 15.066.606,92**	3.698.910,10
PROVENTI - ONERI FINANZIARI	- 42.433,43	-64.771,40	- 22.337,97
RETTIFICHE DI VALORE	- 705,58	0,00	705,58
PROVENTI - ONERI STRAORDINARI	994.799,64	4.839.592,14	3.844.792,50
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	**- 17.813.856,39**	**- 10.291.786,18**	7.522.070,21
IMPOSTE E TASSE	6.749.637,85	6.691.374,58	- 58.263,27
RISULTATO DI ESERCIZIO	**- 24.563.494,24**	**- 16.983.160,76**	7.580.333,48

Il risultato di esercizio subisce un trend decrescente dipendente in gran parte dalla gestione caratteristica e dalla gestione straordinaria dal momento che il saldo algebrico delle due gestioni (€ 7.543.702,60) incide per il 99,52% del totale. Per quanto concerne la gestione caratteristica si nota che il valore della produzione presenta uno scostamento positivo pari all'0,80% rispetto al 2015; dovuto essenzialmente ad una serie di fattori tra cui occorre ricordare i principali: l'incremento dei contributi in conto esercizio (€ 4.006.023,13); il decremento complessivo di € 592.802,46 delle rettifiche contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti quale impatto sia dell'incremento dell'assegnazione regionale del fondo destinato agli investimenti per il 2016 (+€ 1.488.710) che del mancato utilizzo di assegnazioni vincolate da destinare ad investimenti (- € 120.782,08). Ulteriori fattori rilevanti sono il decremento del 10,42% dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria principalmente derivante dalla mobilità attiva intra ed extra; la diminuzione dei rimborsi degli oneri stipendiali per personale presso altri enti pubblici e privati; il trend decrescente della compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) che nonostante l'attività di recupero ticket per errata certificazione redditi o esenzione, è dovuta principalmente al progressivo invecchiamento della popolazione di riferimento che, provocando un aumento degli esenti per patologia, a

parità di attività erogata, provoca un ulteriore contrazione degli incassi relativi al ticket; l'incremento rispetto al 2015 degli altri ricavi e proventi è dovuto essenzialmente dalla rettifica in diminuzione di fondi rischi per autoassicurazione a seguito di rivalutazione di quote accantonate nei precedenti esercizi.

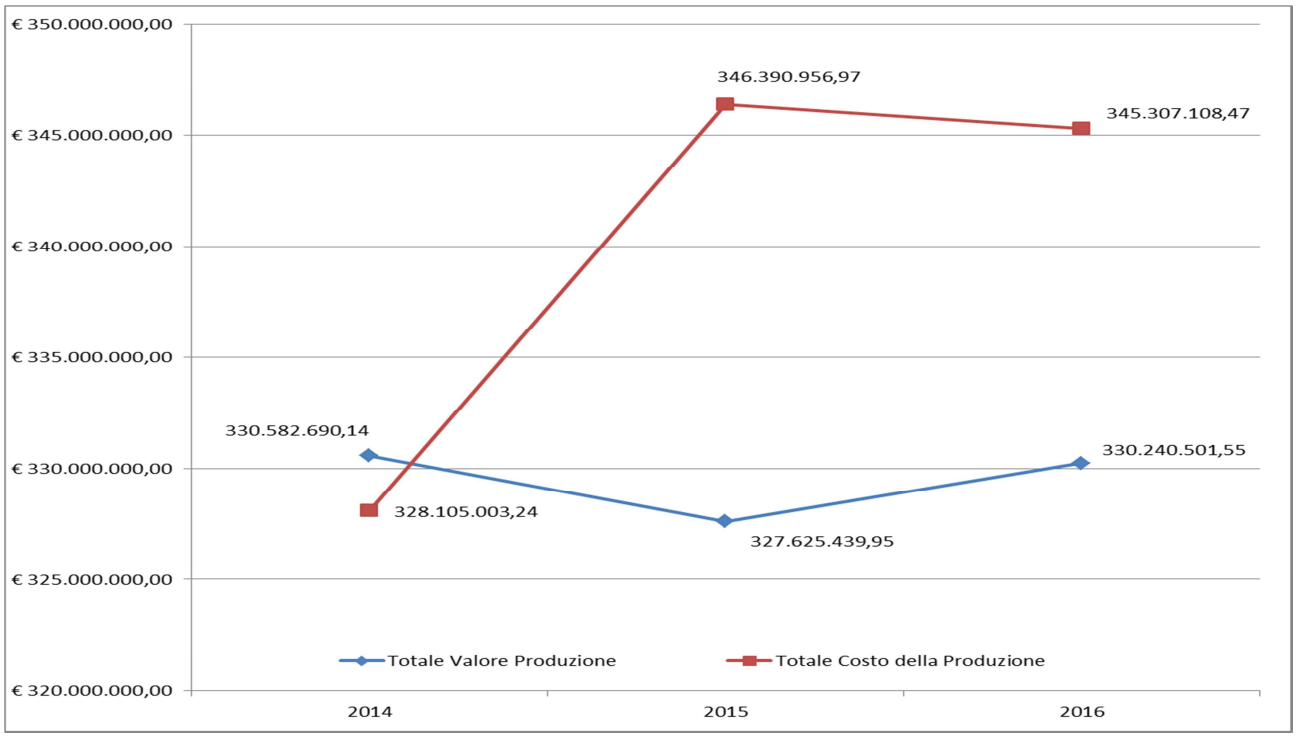
Il decremento registrato dal costo della produzione, pari al 0,31%, è rappresentativo di un'attività di gestione caratterizzata da un notevole sforzo teso al miglioramento circa l'utilizzo delle risorse a disposizione, all'ottenimento di migliorie sulle condizioni di fornitura mediante lo svolgimento dell'attività di rinegoziazione delle condizioni di prezzo/volume, unitamente allo svolgimento di azioni di razionalizzazione dei fattori produttivi e alla continua ricerca di efficienza ed economicità d'azione. Tali azioni hanno consentito di ottenere economie pur in presenza dell'entrata a regime di nuove attività (quali ad esempio la Geriatria) e all'incremento registrato con riferimento alle terapie per il trattamento di pazienti oncologici e per la cura delle malattie rare. A ciò occorre aggiungere l'incremento della complessità dei DRG prodotti dai referti di dimissione dell'area chirurgica e dalle strutture che eseguono procedure interventistiche e diagnostiche. Quanto sopra riportato dimostra che l'Azienda ulss 17 ha proseguito sulla strada dell'effettuazione delle azioni necessarie a garantire l'erogazione di prestazioni caratterizzate da appropriatezza ed efficacia all'interno dello scenario economico contraddistinto dall'esigenza che il livello complessivo del costo della produzione debba contrarsi al fine di adeguarsi agli obiettivi e agli indicatori di performance individuati a livello regionale. L' incremento dovuto allo sviluppo di attività di recupero/sanificazione/reimpiego degli ausili da destinare a pazienti a domicilio. Da sottolineare la circostanza che nel 2016 gli ausili riutilizzati sono stati 6.165 a fronte di 5.468 nel 2015 con un incremento del 12,75%.
Le tabelle che di seguito si riportano illustrano il trend dell'ultimo triennio con riferimento al Risultato di Esercizio e alle principali voci di Conto Economico.

CONTO ECONOMICO AZIENDA ULSS 17	BILANCIO DI ESERCIZIO 2014	BILANCIO DI ESERCIZIO 2015	BILANCIO DI ESERCIZIO 2016
Valore della Produzione	330.582.690,14	327.625.439,95	330.240.501,55
Costo della Produzione	-328.105.003,24	-346.390.956,97	-345.307.108,47
Proventi e Oneri Finanziari	-95.091,10	-42.433,43	-64.771,40
Rettifiche di valore	0,00	-705,58	0,00
Proventi e Oneri Straordinari	4.274.543,03	994.799,64	4.839.592,14
Imposte e Tasse	-6.515.960,90	-6.749.637,85	-6.691.374,58
Risultato di Esercizio	**141.177,93**	**-24.563.494,24**	**-16.983.160,76**

Valore della produzione	2014	2015	2016
Contributi in c/esercizio	295.710.052,97	289.289.692,54	293.295.715,67
Rettifica contributi c/esercizio per investimenti	- 5.854.265,12	- 3.657.895,99	- 3.065.093,53
Utilizzo fondi quote inutilizzate contributi vincolati es. precedenti	647.862,70	419.660,67	1.180.909,53
Mobilità attiva intra	12.295.572,93	12.211.272,87	11.448.068,82
Mobilità attiva extra	9.294.915,00	10.364.448,00	7.977.853,00
Altre prestazioni e servizi socio-sanitari	5.240.369,02	5.287.328,18	5.535.113,11
Altri Ricavi	13.248.182,64	13.710.933,68	13.867.934,95
Totale Valore Produzione	**330.582.690,14**	**327.625.439,95**	**330.240.501,55**

Costo della produzione	2014	2015	2016
Acquisto di beni	26.668.347,04	28.590.931,51	28.641.570,02
Mobilità passiva intra	62.651.187,35	64.573.390,87	67.636.920,81
Mobilità passiva extra	5.823.594,00	5.944.756,00	5.643.583,00
Servizi sanitari	107.175.539,78	104.186.316,44	99.616.830,04
Servizi non sanitari	18.825.071,95	24.676.188,26	24.180.883,19
Manutenzioni	3.444.078,95	4.685.323,59	4.889.190,86
Godimento beni di terzi	1.731.720,28	8.576.247,66	9.013.238,60
Personale	92.085.370,93	92.285.418,79	91.983.316,88
Oneri diversi di gestione-Altri costi	2.280.540,62	4.149.077,67	5.728.338,62
Ammortamenti e valutazioni	7.419.552,34	8.723.306,18	7.973.236,45
Totale Costo della Produzione	**328.105.003,24**	**346.390.956,97**	**345.307.108,47**

Valore della Produzione - Costo della Produzione	2.477.686,90	- 18.765.517,02	- 15.066.606,92



Il triennio considerato è caratterizzato dal profondo cambiamento strutturale rappresentato dall'avvio (avvenuto nell'ultimo bimestre del 2014) e dal funzionamento a regime (anni 2015 - 2016) del Nuovo Polo Ospedaliero per acuti e dall'ambito di gestione/concessione ad esso collegato. Per tale motivo la comparazione di valori economici risulta oltremodo condizionata e difficoltosa.

Per quanto concerne il costo della produzione risulta evidente come l'andamento del triennio sia stato caratterizzato da un aumento nell'esercizio 2015 e da una contrazione nel 2016. L'effetto è sequenziale ad un fatto gestionale di grande impatto quale il funzionamento su base annua, a partire dal 2015, del Nuovo Polo "Ospedali riuniti Padova Sud-Madre Teresa di Calcutta" unitamente alla presenza del nuovo ambito di gestione/concessione ad esso essenzialmente collegato. L'aumento degli spazi accompagnato dall'aumento della capacità produttiva-erogativa si è concretizzata in un'inevitabile incidenza sui costi da sostenere per mensa, pulizie, manutenzione aree verdi, trasporti, utenze, servizi esternalizzati, manutenzioni. La forte dotazione tecnico-scientifica ha implicato un impegno per assicurare una manutenzione efficiente ed efficace al fine di consentire l'impiego ottimale permanente della stessa. Nell' esercizio 2016 si è proseguito nello svolgimento e attivazione delle azioni volte alla razionalizzazione e al contenimento dei costi in ossequio alle disposizioni contenute nel Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review), successivamente convertito con modificazioni nella Legge 135/2012, nel quale sono ricompresi importanti interventi rivolti a migliorare la produttività delle diverse articolazioni della Pubblica Amministrazione. A ciò vanno aggiunti i provvedimenti regionali concernenti gli obiettivi relativi all'equilibrio economico-finanziario e alla programmazione sui costi. Le conseguenti azioni poste in essere hanno consentito:

- l'ottenimento di migliorie sulle condizioni di fornitura mediante lo svolgimento dell'attività di rinegoziazione delle condizioni contrattuali e l'adesione alle gare regionali, unitamente allo svolgimento di azioni di razionalizzazione dei fattori produttivi e alla continua ricerca di efficienza ed economicità d'azione (ad es. la verifica costante dell'effettiva scorta di materiali di consumo presenti

nelle UU.OO attraverso l'aggiunta, nei moduli di richiesta dei beni in transito, del dato relativo alla scorta di materiale presente o le verifiche periodiche sulle effettive necessità di acquisizione).

- Il contenimento degli scostamenti positivi dei valori a consuntivo rispetto a quelli dell'esercizio precedente pur in presenza dell'entrata a regime di nuove attività e di ampliamento dell'offerta.

Sul fronte del valore della produzione si registra una riduzione dei contributi in c/esercizio rispetto a quanto avvenuto nel 2014 (-€ 2.414.337,30). Il trend positivo che caratterizza i valori relativi agli altri ricavi, unitamente ad una contrazione dei valori di mobilità attiva e alla tenuta delle altre prestazioni socio sanitarie, consentono di mantenere il valore della produzione in linea con quanto registrato nel 2014.

Il 2014 è stato caratterizzato dall'avvio, nel corso dell'ultimo bimestre dell'esercizio, del Nuovo Polo Ospedaliero per acuti e del conseguente ambito di gestione/concessione ad esso collegato. È il primo esercizio in cui sono ricompresi nei costi della produzione, almeno in quota parte, i costi derivanti dall'ambito di gestione/concessione Nuovo Polo Ospedaliero. L'anno 2015 invece si caratterizza per il funzionamento su base annua del Nuovo Polo Ospedaliero. Il trend positivo che caratterizza i contributi in c/esercizio, nonostante una lieve flessione ai valori di mobilità attiva, all'incremento delle altre prestazioni socio sanitarie consentono di registrare un valore della produzione remunerativo rispetto al costo della produzione.

Il denominatore comune che caratterizza il periodo considerato è rappresentato dalla circostanza che il riparto del FSR nel triennio 2014-2016 programmato trova fondamento in una situazione storica che non ha tenuto conto degli importanti e complessi cambiamenti strutturali, intervenuti a far data dall'ultimo bimestre 2014, con le inevitabili conseguenze sul risultato d'esercizio. L'azienda Ulss 17 pur conseguendo nell'esercizio 2016 un risultato negativo è riuscita comunque a raggiungere l'obiettivo gestionale di mantenere il costo della produzione rettificato 2016 inferiore al medesimo aggregato del 2015 (vedasi paragrafo 2.3.a), pertanto, il risultato economico negativo 2016 rientra , in una logica di sistema, nella sostenibilità valutata a livello regionale, così come la sua copertura.

L'andamento delle voci di stato patrimoniale è illustrato nella tabella che di seguito si riporta.

ATTIVO DI STATO PATRIMONIALE	2014	2015	2016
Immobilizzazioni nette	145.916.847,38	144.907.249,16	140.451.605,74
Attivo circolante	85.372.853,12	86.071.240,02	87.395.175,14
Ratei e risconti attivi	1.147.585,68	66.332,04	31.236,80
Totale attivo	**232.437.286,18**	**231.044.821,22**	**227.878.017,68**

PASSIVO DI STATO PATRIMONIALE	2014	2015	2016
Patrimonio netto	125.925.170,75	105.625.085,54	110.391.377,89
Fondi per rischi ed oneri	5.986.096,20	6.906.795,10	8.816.476,43
Trattamento fine rapporto	737.384,12	738.580,97	536.373,69
Debiti	99.696.182,97	117.673.968,09	108.043.641,26
Ratei e risconti passivi	92.452,14	100.391,52	90.148,41
Totale Passivo	**232.437.286,18**	**231.044.821,22**	**227.878.017,68**

L'analisi dell'andamento nel triennio dei dati di Stato patrimoniale fa emergere principalmente alcuni fatti gestionali di seguito evidenziati:

Il valore delle Immobilizzazioni, al netto dei correlati fondi di ammortamento, caratterizza il 2014 per la contabilizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero, avviato nel novembre del medesimo anno e contraddistingue il biennio 2015-2016 da un trend in decremento derivante dagli incrementi legati agli acquisti, alle

manutenzioni incrementative, alle dismissioni effettuate nell'anno a vario titolo e alle quote di ammortamento di competenza.

L'Attivo Circolante mantiene un andamento crescente dovuto ad una oculata rilevazione delle scorte di reparto, all'aumento delle disponibilità presso il Tesoriere a fronte dell'impegno profuso dall'Azienda stessa per migliorare la propria performance di pagamento e rispettare il più possibile le tempistiche di pagamento dei fornitori e al permanere della esposizione creditoria a lungo termine di € 25.000.000 verso l'Azienda Ospedaliera di Padova, sorta nel 2014 a seguito della DGRV 1374 del 28/07/2014 con la quale la Regione Veneto ha ripartito tra le Aziende Sanitarie le risorse finanziarie di cui all'accesso all'anticipazione prevista dal D.L. 35/2013. Infatti con tale atto la Regione, pur riconoscendo un valore di ripiano perdite di oltre 47 milioni di € all'Azienda Ulss 17, finanziariamente ne trasferisce una parte all'Azienda Ospedaliera di Padova (in forte carenza finanziaria), stabilendo il rientro di tale somma in 10 anni.

La forte diminuzione dei Risconti attivi nel triennio 2014 e il 2016 segna il passaggio a pieno regime della gestione in autoassicurazione dei sinistri e quella del biennio 2015-2016 dalla gestione dei premi assicurativi con un periodo differente posto a cavallo di esercizio.

Il Patrimonio netto è interessato da una leggera variazione in aumento registrata nel biennio 2015-2016 derivante principalmente dalla perdita rilevata nell'ultimo esercizio.

L'andamento dell'aggregato "Fondo per rischi ed Oneri" vede un progressivo aumento caratterizzante il triennio in questione, dovuto principalmente per effetto degli accantonamenti connessi alla copertura diretta dei rischi – autoassicurazione, cui si sono contrapposti utilizzi significativi nei fondi relativi alle quote non utilizzate di fondi vincolati assegnati negli esercizi precedenti.

L'aggregato del Fondo per Trattamento di Fine Rapporto è sostanzialmente costante nel biennio 2014-2015 subendo una riduzione nel 2016 per il valore netto tra la quota di accantonamento per il premio operosità Sumai e l'utilizzo del fondo nell'esercizio.

La categoria dei Debiti subisce un trend decrescente nell'ultimo biennio 2015-2016 dovuto in particolar modo dal combinato effetto del decremento dei debiti tributari, dall'estinzione dei debiti verso l'istituto tesoriere e all'aumento dei debiti verso i fornitori.

L'ultimo aggregato in esame Ratei e Risconti passivi, subisce nel 2016 un decremento rispetto all'anno precedente dovuto ai risconti passivi su sperimentazioni farmaci.

L'evoluzione dei tempi medi di pagamento è caratterizzata dal trend di seguito riportato:

anno 2011 - Giorni medi di pagamento dei fornitori: 178,80

anno 2012 - Giorni medi di pagamento dei fornitori: 126

anno 2013 - Giorni medi di pagamento dei fornitori: 137,90

I dati relativi a tali annualità sono calcolati come tempo medio intercorrente tra la data del documento e la data di pagamento.

anno 2014: 1,57, l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti è stato calcolato secondo le indicazioni puntuali riportate nel DPCM del 22/09/2014, ossia come ritardo medio ponderato in base all'importo delle fatture.

anno 2015: 2,98, l'indicatore è stato calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dal DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nella circolare n.22 del 22/07/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Anno 2016: -0.36, l'indicatore è stato calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di invio del flusso di pagamento all'istituto tesoriere, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dal DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nella circolare n.22 del 22/07/2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

5. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

5.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La relazione sulla performance rappresenta il risultato di un processo complesso che coinvolge tutto il personale dell'Azienda e rappresenta il risultato di un ciclo articolato in più fasi.

Fase 1 Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere,dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori

Soggetti: *Regione Veneto; Direzione Strategica; Responsabili UU.OO.; UO Controllo di Gestione.*
Strumenti*: DDGGRR Regionali (n. 2072/2015, n.1905/2015, n. 28/2016, n.543/2016 e decreto n. 151/2016; n.2269/2016); Documenti di programmazione locale; Piano triennale di valutazione degli obiettivi 2016-2018 (DDG n.51/2016); Documento di Direttive per la redazione del documento di Budget 2016; Schede di budget 2016 articolate secondo quattro dimensioni (Economico-finanziaria; dei Portatori di interessi; dei processi interni; di apprendimento e crescita).*

La Regione Veneto, con deliberazione di giunta, ha assegnato gli obiettivi annuali di interesse regionale ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie. Gli obiettivi di interesse regionale, nel corso di questi ultimi anni, hanno assunto una posizione preminente nella programmazione annuale delle attività delle articolazioni aziendali, e pertanto le negoziazioni di budget ed il contenuto del documento di budget hanno riguardato in maniera rilevante gli obiettivi di emanazione regionale. Sono stati altresì oggetto di negoziazione ulteriori obiettivi individuati nei documenti di programmazione locale. La predisposizione del Documento di Direttive (art. 14 L.R. n. 55/94) ha rappresentato il punto di riferimento in termini di obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione del budget . La UOC Controllo di Gestione, sulla base del Documento delle Direttive e di quanto previsto nel Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, ha predisposto le schede di budget per ogni centro di responsabilità con evidenza degli obiettivi e dei pesi relativi. Le schede di budget sono inviate ai direttori di Dipartimento-Distretto e ai titolari dei Centri di Responsabilità.

A questo punto si è avviata la negoziazione di budget: la Direzione Aziendale ha incontrato i direttori di dipartimento e di struttura complessa e i rappresentanti del personale del Comparto (Coordinatori di Dipartimento e Coordinatori Unità Operativa) per addivenire ad un sistema condiviso di obiettivi, partendo dalle schede di budget e tenendo conto delle proposte integrative, modificative e rettificative. La fase si è conclusa con la sottoscrizione della scheda di budget da parte della Direzione Aziendale, del direttore di dipartimento-distretto e del titolare di centro di responsabilità. I Direttori di Dipartimento, i Direttori di Unità Operativa hanno provveduto alla condivisione con i propri collaboratori degli obiettivi, dei risultati attesi e degli indicatori che saranno utilizzati per la valutazione della performance in apposito incontro oggetto di verbale inviato all'UO Controllo di Gestione.

Il Documento di Direttive per la redazione del Documento di Budget 2016 e il Piano Triennale di valutazione degli obiettivi sono pubblicati sul sito aziendale.

La contrattazione di budget si è conclusa con il mese di marzo 2016.

Fase 2 Collegamento tra obiettivi e allocazione delle Risorse

Soggetti: *Regione Veneto; Direzione Strategica; UO Controllo di Gestione*
Strumenti: *DDGGRR Regionali (n.2072/2015, n.1905/2015 e decreto n. 151/2016; n.2269/2016); Bilancio Economico Preventivo 2016; Schede di Budget 2016; Conti Economici Preventivi Aggiornati 2016 a cadenza trimestrale.*

La Regione Veneto ha fornito le direttive al fine di orientare le Aziende del SSR nella predisposizione del Bilancio Economico Preventivo annuale 2016 e ha definito gli obiettivi di salute e funzionamento a valere per l'esercizio 2016 con conseguente fissazione dei limiti di spesa. Tutte le articolazioni aziendali sono state chiamate a tendere nel breve periodo ad una costosità in linea con i livelli stabiliti dalla Regione Veneto la quale ha continuato nel percorso volto ad un sostanziale efficientamento del sistema. Per tale motivo il perseguimento degli obiettivi ha rappresentato lo strumento di garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Il Bilancio Economico Preventivo 2016, così come i Conti Economici Preventivi Aggiornati a cadenza trimestrale, sono stati elaborati e presentati in Regione nel rispetto dei termini da questa fissati.

Fase 3 Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi

Soggetti: *Regione Veneto; Attori processo di Budget*
Strumenti: *reportistica regionale sullo stato di avanzamento degli obiettivi; reportistica aziendale sullo stato di avanzamento degli obiettivi, valutazione intermedia degli obiettivi anno 2016.*

Il monitoraggio intermedio è fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi. Mensilmente l'UOC Controllo di Gestione ha predisposto e messo a disposizione degli attori del processo di budget, mediante pubblicazione su intranet aziendale, la reportistica finalizzata al controllo periodico del budget relativo all'utilizzo delle risorse oggetto di negoziazione. Con frequenza trimestrale e secondo la stessa forma di pubblicazione, la reportistica mensile è stata integrata con i dati di attività del periodo e con il confronto con lo stesso periodo infrannuale dell'anno precedente. Nei mesi di Giugno e Luglio 2016 si sono tenuti appositi incontri di monitoraggio e verifica dello stato d'utilizzo del budget delle risorse erogate per il raggiungimento degli obiettivi nonché del confronto del trend d'attività rispetto all'anno precedente. Con periodicità variabile in funzione della cadenza che ha caratterizzato le risultanze della Regione per quanto concerne lo stato di avanzamento degli obiettivi di sua diretta pertinenza e delle esigenze della Direzione Aziendale, è stata approntata la reportistica riguardante lo stato di avanzamento degli obiettivi di carattere quantitativo assegnati al Direttore Generale. La reportistica ha una componente strutturata, che risponde ad un bisogno informativo ordinario, e una personalizzata, che viene predisposta per necessità di analisi e/o per indagare problematiche specifiche. Nel caso di eventi non previsti che possono rendere di difficile se non impossibile realizzazione uno o più obiettivi di budget, si procede alla revisione del budget e si ridefiniscono obiettivi e indicatori. A seguito dei controlli periodici il Direttore Generale, qualora ne ravvisi l'opportunità e, in ogni caso, a fronte di situazioni di previsto squilibrio finanziario ed economico, procede alla revisione del budget generale. L'attività di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse impiegate e sui risultati ottenuti consente di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti e, nel caso, adottare le misure correttive necessarie. Le risultanze di tale reportistica sono oggetto di incontri con i singoli Responsabili di U.O. o costituiscono argomenti all'ordine del giorno del

Collegio di Direzione. A seguito delle azioni di monitoraggio sopracitate con nota protocollo n.240443 del 03 agosto 2016 è stata inviata a tutti i Responsabili di Struttura una scheda riepilogativa circa lo stato di avanzamento sia degli obiettivi da DGR regionale sia di quelli, integrativi della stessa, di miglioramento aziendale Con particolare riferimento al Budget di Centro ordinatore si precisa che il budget assegnato ad inizio anno costituisce il limite di spesa ed il monitoraggio dello stesso è avvenuto attraverso l'apposizione sulle proposte di deliberazione di un'alert che consente alla Direzione e alla Struttura ordinatrice interessata di conoscere lo stato di avanzamento del budget di spesa. È stato, inoltre, predisposto un monitoraggio mensile per facilitare i Responsabili dei Centri Ordinatori nel monitoraggio del budget di spesa assegnato, costituito dall'invio di un report sullo stato di avanzamento dell'utilizzo del budget nel quale si evidenziano i seguenti valori suddivisi per conto:

- Il budget autorizzativo di spesa per l'anno 2016;
- Il valore dell'impegnato del periodo in esame;
- L'importo degli ordinativi emessi;
- La percentuale di scostamento tra ordini emessi e budget assegnato.

Tale report costituisce, inoltre, uno strumento di verifica per l'effettuazione di valutazioni e azioni di razionalizzazione degli impegni di spesa.

Fase 4 Misurazione e Valutazione dei risultati relativi alla Performance

Soggetti: *Regione Veneto; OIV; Direzione strategica; Responsabili di Struttura*
Strumenti*: DGR regionale di fissazione obiettivi (n.2072/2015); Piano Triennale di Valutazione degli obiettivi 2016-2018 (DDG 51/2016); Documento di direttive per la redazione del documento di Budget 2016; Reportistica di sintesi e analitica circa il grado di raggiungimento degli obiettivi; Schede di valutazione.*

Con nota prot. n. 0038785 del 02 marzo 2017 la Direzione Amministrativa ha attivato il procedimento per la valutazione annuale degli obiettivi per l'attribuzione della retribuzione di risultato e del fondo di produttività della Dirigenza dell'anno 2016. L'UO Controllo di Gestione avvalendosi delle strutture aziendali preposte al monitoraggio degli obiettivi, ha raccolto e pubblicato nel sito aziendale-area riservata-statistiche-valutazione annuale Obiettivi- i risultati ottenuti di ogni obiettivo al fine di rendere più agevole, sia ai valutati che ai valutatori di prima istanza, relazionare ed esprimere le proprie valutazioni circa il raggiungimento degli obiettivi. Per ogni obiettivo pubblicato sono elencate le Unità Operative interessate, il grado di raggiungimento dell'obiettivo e la struttura che ha fornito il dato. Con nota protocollo n.0076775 del 02/05/2017 l'UO Gestione del Personale ha attivato il procedimento per la definizione del conguaglio della produttività collettiva inerente all'anno 2016, relativamente al personale del Comparto Sanità. A tal fine sono state inviate le schede di valutazione per la compilazione delle stesse.

Il sistema di misurazione e valutazione dei risultati relativi alla performance è rivolto a tutto il personale dipendente dell'Azienda. La performance è articolata in performance organizzativa e performance individuale.

La performance organizzativa include tutti gli ambiti di misurazione dell'apporto reso dall'Azienda intesa nel suo complesso. Particolare attenzione è posta:

- al livello di definizione della strategia, delle priorità e degli obiettivi e al loro conseguimento attraverso indicatori, rilevanti e coerenti;

- all'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con gli utenti, i cittadini, i soggetti interessati, anche attraverso l'applicazione della trasparenza e dell'integrità, il rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, e lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- alla rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- alla modernizzazione e miglioramento dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- alla promozione delle pari opportunità.

La performance individuale include tutti gli ambiti di misurazione dell'apporto reso dal singolo al conseguimento degli obiettivi. Gli ambiti di valutazione possono essere ricondotti a due principali aggregati:

- Operativo (rispetto degli obiettivi di budget) in questo ambito sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget;
- Comportamenti organizzativi in questo ambito sono prese in considerazione le diverse dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi). Lo strumento di misurazione è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi sia i comportamenti.

La scheda individuale presenta differenze a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

La responsabilità della valutazione del personale compete in relazione agli incarichi dirigenziali ricoperti in coerenza con l'assetto organizzativo dell'Azienda così come definito dall'Atto Aziendale. Pertanto il valutatore (direttore di UOC o Responsabile di UOSD) nonché superiore gerarchico diretto del valutato ha la titolarità della valutazione, ovvero la responsabilità dell'assegnazione degli obiettivi, della loro negoziazione e definizione e della valutazione finale. In particolare la valutazione è svolta:

- dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale cui compete la valutazione della performance individuale per i direttori di distretto e di dipartimento;
- dal Direttore di distretto e di dipartimento cui compete la valutazione della performance individuale dei responsabili delle unità operative a loro riferite e del personale a loro assegnato;
- dai Direttori di UOC e responsabili UOSD cui compete la valutazione della performance individuale del personale a loro assegnato.

All'OIV compete la verifica dell'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, nonché il rispetto delle regole a garanzia del valutato ovvero il corretto processo di assegnazione degli obiettivi che prevede: conoscenza degli obiettivi, contradditorio, monitoraggio e valutazione finale.

Fase 5 Utilizzo dei Sistemi Premianti secondo criteri di valorizzazione del merito

Soggetti: *Attori deputati alla valutazione e contrattazione*
Strumenti: *DLgs n.150/2009 e s.m.i; Contratti collettivi nazionali; DGRV n.140/2016; contratti integrativi-applicativi aziendali*

L'apporto individuale del dipendente è valutato in relazione all'attività di servizio svolta ed ai risultati conseguiti e verificati, nonché sulla base della qualità e quantità della sua partecipazione ai progetti e programmi di produttività, escludendo ogni forma di automatismo in correlazione con il ciclo di gestione della valutazione dei risultati, in attuazione dell'art. 4 comma 2 del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. e della DGRV n. 2205 del 06 novembre 2012 (linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del SSR e in materia di trasparenza applicative delle disposizioni del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009) così sostituita integralmente dalla DGR n.140 del 16/02/2016 (Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n.84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)).

Fase 6 La relazione sulla performance: elaborazione, adozione e validazione

Soggetti*: Direttore Generale; OIV; Struttura Permanente di Supporto*
Strumenti*: Delibera CIVIT n.5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art.13, comma 6, lettera b), del DLgs n.150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della relazione sulla performance di cui all'art.10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto"; Delibera CIVIT n.6/2012 "Linee guida per la validazione da parte degli OIV della relazione sulla performance (art.14,comma 4,lettera c del DLgs n.150/2009); DRG n.140 del 16/02/2016 "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n.84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art.1 comma 2).*

L'Azienda, una volta predisposta e adottata con delibera la Relazione entro il 30 giugno, provvede all'invio della stessa all'OIV.

L'OIV approfondisce gli elementi utili per procedere alla validazione della Relazione. In tale fase viene utilizzata anche la diretta interlocuzione con l'amministrazione per acquisire le informazioni necessarie. Una volta elaborato il documento di validazione, l'OIV deve inviarlo all'amministrazione entro il 15 settembre. Il Documento di Validazione sarà integrato dalla Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, Trasparenza e integrità dei controlli interni (art.14. c.4 l.a) del D.Lgs 150/2009 redatta dall'OIV.

La Relazione sulla performance è pubblicata, unitamente al documento di validazione, sul sito istituzionale.

La validazione della Relazione costituisce:

- il completamento del ciclo della performance con la verifica, e la conseguente validazione, della comprensibilità, conformità e attendibilità dei dati e delle informazioni riportate nella Relazione, attraverso la quale l'amministrazione rendiconta i risultati raggiunti;
- l'atto che attribuisce efficacia alla relazione;
- l'atto prodromico all'erogazione economica dei saldi di incentivazione al personale.

5.2 Punti di forza e di debolezza del ciclo di gestione della performance

Il ciclo della performance è il processo che collega la pianificazione, la definizione degli obiettivi, la misurazione dei risultati e la valutazione delle attività svolte da un'organizzazione, declinate sia nella sua globalità che alle unità organizzative e ai singoli dipendenti.

In linea generale si può affermare che tale processo ha contribuito al rafforzamento e alla conferma di strumenti e modelli già operanti in azienda quali:

- i documenti di programmazione sia a valenza pluriennale (Piano triennale di valutazione degli obiettivi) che a valenza annuale (Documento di Direttive per la stesura del Documento di Budget) e i documenti a valenza prettamente economico-finanziaria quali il Bilancio Economico Preventivo Annuale;
- la metodica di budget quale strumento che consente di:

  - Realizzare un efficace coordinamento tra le differenti unità organizzative;
  - Programmare/prevedere la situazione organizzativa futura riorientando, se il caso, strategie e programmazione;
  - Motivare le unità organizzative interessate;
  - Costituire un'importante esperienza di sviluppo professionale per le persone coinvolte nel processo;
  - Identificare significativi parametri di riferimento per la valutazione delle performance delle unità organizzative;
  - Responsabilizzare managers, professionisti, collaboratori ed operatori;
  - Razionalizzare l'allocazione delle risorse;
  - Sviluppare l'accountability.

- la struttura della scheda di budget articolata secondo le prospettive classiche della Balanced Score Card (Economico-Finanziaria; Portatori di Interessi; Processi Interni; Apprendimento e Crescita) al fine di una maggiore incisività della stessa quale strumento di affermazione dell'idea che la performance di un'azienda si ottiene dal "bilanciamento" dei risultati delle quattro prospettive intese come strumento sinergico mediante il quale si perviene al raggiungimento degli obiettivi strategici e, quindi, alla realizzazione della mission aziendale;
- il sistema di reportistica a seguito, anche, del perfezionamento del sistema di rendicontazione regionale che ha fornito dati di ritorno circa lo stato di avanzamento degli obiettivi a cadenza infrannuale, con conseguente aumento delle occasioni di confronto all'interno dell'azienda;
- l'utilizzo del sistema premiante in stretta connessione con la performance raggiunta;
- l'accessibilità alle informazioni di interesse per il cittadino con l'aumento del materiale oggetto di pubblicazione.

La sfida più grande si gioca su un duplice fronte:

- il superamento di quelle posizioni, per la verità residuali all'interno dell'Azienda, secondo le quali il ciclo della performance rappresenta un mero adempimento normativo e non uno strumento di supporto decisionale per la gestione delle risorse e di miglioramento dei servizi all'utenza;

- mantenere il grado di analiticità raggiunto sia nell'assegnazione degli obiettivi e delle risorse, sia nel livello di reportistica indispensabile per la responsabilizzazione dei professionisti, collaboratori ed operatori circa l'utilizzo delle risorse, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni da fornire;
- proseguire nell'azione formativa volta alla promozione della conoscenza circa gli strumenti di programmazione, monitoraggio, valutazione a disposizione dell'Azienda e, soprattutto della loro necessaria interconnessione volta al miglioramento della performance intesa come capacità dell'organizzazione di raggiungere gli obiettivi concretizzantesi nell'attitudine a fornire risposte efficaci, appropriate ed efficienti ai bisogni dei cittadini.

6. CONCLUSIONI

L'esercizio 2016 è stato caratterizzato dal permanere di un contesto macroeconomico fortemente orientato alla riduzione della costosità del sistema e alla razionalizzazione delle risorse in ossequio alle disposizioni contenute nel Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review), successivamente convertito con modificazioni nella Legge 135/2012, nel quale sono ricompresi importanti interventi rivolti a migliorare la produttività delle diverse articolazioni della Pubblica Amministrazione. A ciò vanno aggiunti i provvedimenti regionali concernenti gli obiettivi relativi all'equilibrio economico-finanziario e alla programmazione sui costi. Le conseguenti azioni poste in essere hanno consentito:

- l'ottenimento di migliorie sulle condizioni di fornitura mediante lo svolgimento dell'attività di rinegoziazione delle condizioni di prezzo/volume, unitamente allo svolgimento di azioni di razionalizzazione dei fattori produttivi e alla continua ricerca di efficienza ed economicità d'azione;
- il contenimento degli scostamenti positivi dei valori a consuntivo rispetto a quelli dell'esercizio precedente pur in presenza di cambiamenti strutturali importanti e di forte rilevanza.

Nel corso del 2016 si è proseguito nello svolgimento delle azioni e interventi che hanno interessato, oltre la dimensione economica dell'azienda (razionalizzazione dei fattori produttivi), anche la prospettiva dei clienti-utenti attraverso il miglioramento dell'accessibilità dei servizi e quella dei processi interni attraverso la ricerca dell'aumento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa. Da non trascurare quanto svolto nella prospettiva dell'apprendimento e crescita (formazione, coinvolgimento del personale circa il perseguimento degli obiettivi).

L'Azienda ha potuto in tal modo conseguire buoni risultati in tutte le aree di intervento previste dalla DGR n.2072 del 30 dicembre 2015. Tali risultati, peraltro, sono oggetto di valutazioni non ancora definitive in quanto in attesa, al momento della stesura della presente relazione, del consolidamento regionale e quindi soggetti a ulteriori variazioni stimate in senso migliorativo rispetto ai dati attualmente disponibili.

Occorre, inoltre, ricordare che in alcuni casi, sia a fronte del raggiungimento o meno dell'obiettivo, la performance conseguita dall'Azienda risulta migliorativa rispetto al dato provinciale e/o regionale.

Di seguito alcuni esempi:

DGR 2072/2015 - Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi anno 2016					
Obiettivo	**Indicatore**	**Valore soglia**	**Azienda**	**Provincia**	**Regione**
Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	≤ 135,00‰	127,76‰	127,65‰	130,18‰
Integrazione Ospedale - Territorio	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 10%	23,99%	19,14%	18,03%
	% di deceduti ultra 75enni con 8 o più accessi/mese nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	14,51%	15,68%	13,20%
Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto soccorso (DGR 1513/2014)	90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso	< 4:00:00	04:23:00	04:56:00	04:48:00
	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	≤ 0:18:00	00:17:00	00:17:00	00:18:00
Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	Percentuale di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery	> 60%	39,63%	30,70%	43,04%
	% Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg)	< 5%	1,13%	0,93%	1,27%
Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al polmone (Indicatore TAV 3,10 Rapporto SDO 2014)	≤ 23,1%	22%	81,06%	43,38%
Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	19,72%	27,18%	20,94%

Di importante rilievo è il pieno raggiungimento dell'obiettivo D.1 "Rispetto della Programmazione regionale sui costi del Personale" a conferma della bontà delle azioni svolte circa l'utilizzo razionale delle risorse umane secondo esiti di appropriatezza, efficacia ed efficienza per il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza. Il tutto è stato accompagnato da una verifica e un monitoraggio serrato della dinamica assunzioni/cessazioni consentendo il mantenimento del trend positivo anche rispetto all'anno precedente.

Per quanto concerne gli indicatori dell'obiettivo D.2 "Equilibrio Economico-Finanziario" gli importanti mutamenti strutturali che hanno avuto sviluppo nel 2015 e le conseguenti difficoltà gestionali hanno concorso al parziale raggiungimento dell'obiettivo nel 2015, ma totalmente raggiunto invece nell'anno 2016, anche attraverso la prosecuzione delle iniziative volte all'ottenimento di migliorie sulle condizioni di fornitura mediante lo svolgimento delle attività di negoziazione di prezzo/volume, congiuntamente allo svolgimento di azioni di razionalizzazione dei fattori produttivi e alla continua ricerca di efficienza ed economicità d'azione.

Nonostante la costante attenzione, il monitoraggio periodico circa l'andamento dei costi nonché lo svolgimento di azioni volte all'efficientamento del sistema di offerta in una logica di miglioramento dei livelli di appropriatezza e il mantenimento della qualità dei servizi non si è raggiunto un risultato sufficiente circa il rispetto della programmazione regionale sui costi relativi all'obiettivo D.3 "Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari". Tale livello di performance è rappresentato dal raggiungimento solo del rispetto del tetto di costo dei Dispositivi Medici in Vitro. Il mancato risultato raggiunto pone in evidenza la difficoltà, nonostante le azioni intraprese e gli sforzi profusi sul fronte della razionalizzazione, circa il raggiungimento dei valori soglia fissati a livello regionale. Le cause di scostamento sono state dettagliatamente trattate nel paragrafo 2.3.a "Risultati raggiunti" della presente relazione. Risulta comunque opportuno ricordare anche qui che, in sede di valutazione definitiva da parte regionale, alcuni target potranno essere parzialmente raggiunti con conseguente miglioramento del livello di performance. Inoltre al di là dei punteggi raggiunti a livello generale si registra un miglioramento di costo rispetto all'anno 2015 con riferimento alla farmaceutica sia ospedaliera che territoriale e all'assistenza protesica pro-capite. Ciò sta a significare la bontà delle azioni poste in essere sul fronte della razionalizzazione, sensibilizzazione e miglioramento dell'adeguatezza prescrittiva pur in presenza dell'estremo rigore dello scenario economico finanziario caratterizzante la fissazione dei tetti di spesa.

L'azienda prevede nel medio-lungo periodo di adottare alcune azioni volte ad incidere sul riequilibrio economico.
Tra gli interventi di immediata esecuzione si annoverano i seguenti:

- Market test su contratto di concessione dei servizi;
- Azioni di analisi e gestione del piano investimenti 2017;
- Chiusura per la successiva dismissione dei cespiti non più funzionali e relativi risparmi di gestione;
- Identificazione ed assegnazione di specifici obiettivi volti all'incremento dell'appropriatezza prescrittiva, relativamente a fattori produttivi ad elevato impatto economico (farmaci, presidi e ausili);
- Prosecuzione delle iniziative volte all'ottenimento di migliorie sulle condizioni di fornitura;
- Relativo monitoraggio circa lo stato di raggiungimento degli obiettivi suddetti attraverso la costituzione di gruppi di lavoro con l'incarico di verifica, analisi, descrizione delle cause di scostamento, nonché dell'individuazione di azioni correttive.

ALLEGATO 1: PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE

In questa sezione si presentano le azioni intraprese, nel corso dell'anno 2016, in merito all'attuazione delle attività necessarie ai fini della realizzazione degli obiettivi specifici di miglioramento aziendale del CUG.

❖ *Attività CUG anno 2016*

Attuazione obiettivi specifici di miglioramento aziendale del CUG

Il Comitato Unico di Garanzia ha lavorato nel 2016 per la realizzazione dei seguenti obiettivi aziendali:

- Predisporre il piano annuale azioni positive 2016;
- Predisporre piano triennale azioni positive 2016 – 2018 in collaborazione con gli altri servizi referenti per il benessere organizzativo in azienda secondo quanto previsto dal "Protocollo d'integrazione tra le funzioni dei servizi aziendali competenti in materia di salute dei lavoratori/lavoratrici e benessere organizzativo aziendale" Del DG. n 123 del 13 febbraio 2015. Tale piano è stato recepito con delibera del DG n 299 del 07 aprile 2016.
- Riunire il Comitato Unico di Garanzia a cadenza infra-annuale (4 incontri nell'anno);
- Attivare percorsi formativi per dipendenti C.U.G. e per i dipendenti dell'Azienda;
- Predisporre la relazione annuale sulle condizioni di lavoro dei dipendenti e sull'attività svolta dal Comitato Unico di Garanzia;
- Predisporre progetti per lo sviluppo delle azioni positive volte al miglioramento del benessere organizzativo e alle pari opportunità in Azienda;

Nello specifico, elenchiamo le azioni intraprese nel 2016 ai fini dell'attuazione degli obiettivi.

- **Predisposizione piano annuale azioni positive 2016**

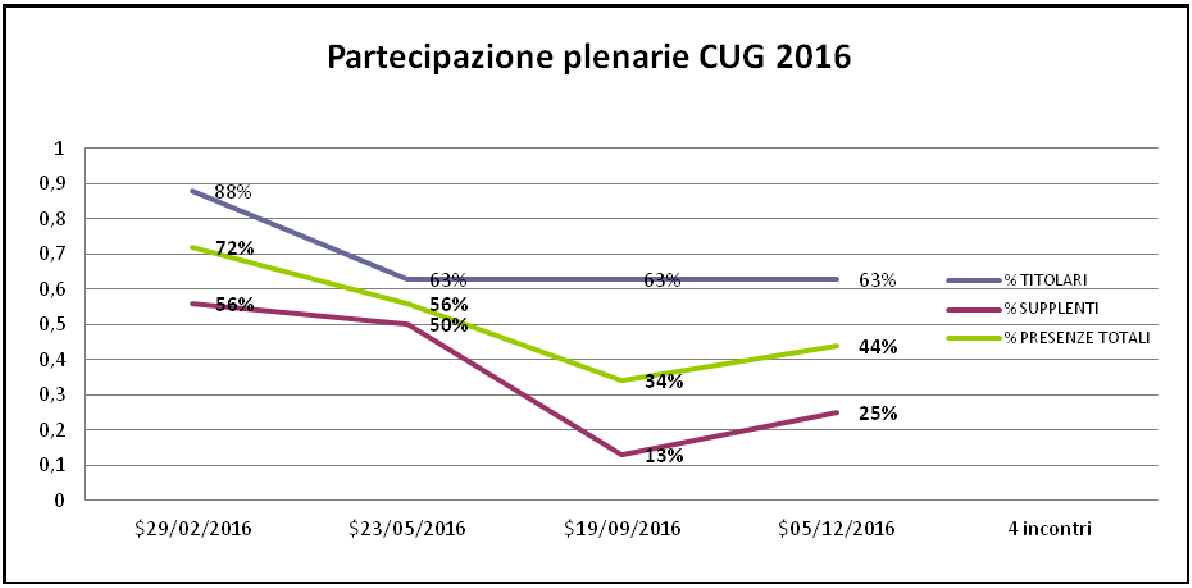
E' stato predisposto un Piano annuale Azioni positive richiesto quale obbiettivo strategico di miglioramento aziendale.

- **Riunione del CUG in plenaria**

Alle sedute in plenaria hanno partecipato mediamente il 52% dei componenti come da schema consuntivo sotto riportato.

Dati partecipazione PLENARIE CUG ANNO 2016					
DATA	ORARIO	NR. ORE	% TITOLARI	% SUPPLENTI	% PRESENZE TOTALI
29/02/2016	14,00-16,00	2,00	88%	56%	72%
23/05/2016	14,00-16,00	2,00	63%	50%	56%
19/09/2016	14,00-16,00	2,00	63%	13%	34%
05/12/2016	14,00-16,00	2,00	63%	25%	44%
4 incontri		**8,00**			

MEDIA	52%



Sono state effettuate quattro sedute ordinarie, 29 febbraio, 23 maggio, 19 settembre e 05 dicembre 2016 dalle h. 14.00 alle h. 16.00 per un totale di n. 8 ore annue.

L'analisi della percentuale media di partecipazione 52% a fronte del 42% dell'anno 2015.

- **Elaborazione ed attuazione piano formativo**

Il Comitato ha elaborato un piano formativo per l'anno 2016, recepito dal piano formativo attuativo aziendale, che ha previsto azioni rivolte sia ai membri del CUG che agli operatori aziendali in genere, in risposta ai seguenti fabbisogni formativi:

-azioni prioritarie per i propri componenti in merito all'approfondimento delle tematiche specifiche finalizzate all'avvio di progettualità di competenza;

-azioni trasversali per i dipendenti aziendali in merito all'approfondimento dei temi del mobbing, delle pari opportunità e del benessere organizzativo.

Il piano formativo rappresenta uno strumento strategico, in relazione all'attuazione di azioni di miglioramento del benessere organizzativo. Il Comitato ha elaborato il piano in relazione alle risultanze delle indagini e dei dati relativi provenienti dai vari servizi; le azioni formative sono state progettate in collaborazione ed integrazione con gli interventi formativi realizzati da altri servizi, sempre in relazione agli obbiettivi di miglioramento organizzativo. Particolare collaborazione è in essere con il Servizio di Prevenzione e Protezione, con l' U.O.C. Spisal e con la Consigliera di Fiducia.

Di seguito gli interventi formativi realizzati nel 2016:

Corso di formazione: "Il Codice di Condotta per la prevenzione ed il contrasto dei comportamenti molesti e lesivi della dignità delle lavoratrici e lavoratori dell'ULSS 17"

Tale evento rientra nel Piano formativo triennale predisposto dal CUG e funzionale a raggiungere il più ampio numero possibile di dipendenti onde effettuare una diffusione capillare dei principi e valori contenuti nel Codice di Condotta.

L'evento formativo, rivolto ai dipendenti dell'A. ULSS17, accreditato ECM con 3.5 crediti, è stato programmato in cinque edizioni, si è svolto nei giorni 25 maggio, 16 giugno, 15 settembre, 27 ottobre e 15 dicembre 2016 – la partecipazione complessiva è stata di 174 discenti. E' stato condotto dalla Consigliera di Fiducia, e dai Componenti Titolari del CUG.

E' stata occasione per uniformare le conoscenze dei partecipanti sui temi relativi alla prevenzione delle discriminazioni di genere e multiple, al significato concettuale delle molestie morali e sessuali e della loro modalità di diffusione, alle peculiarità patologiche e legali dei fenomeni discriminatori nei luoghi di lavoro e a quanto previsto nel Codice di Condotta adottato nella nostra Azienda.

Corso di Formazione Manageriale: "Competenze manageriali sulla gestione del gruppo di lavoro in azienda sanitaria". Il corso, previsto nel piano formativo anno 2016 come attività rivolta ai Direttori dell'Area Sanitaria, è stato attuato nel 2017 a causa della riorganizzazione relativa all'unificazione delle AUlss Provinciali. Data la valenza strategica del corso, finalizzata alla implementazione delle competenze gestionali dei Responsabili dei Servizi, tale attività verrà proposta per tutte le apicalità della nuova AUlss6.

- ***Progetti per lo sviluppo Azioni Positive***

-Revisione del protocollo "Accoglienza donne vittima di violenza" con il Gruppo di Lavoro Pari Opportunità. In vari incontri che si sono succeduti con cadenza bimestrale, si è proceduto ad una verifica e ad un riassetto del protocollo, adattandolo ai nuovi locali dell'Ospedale Nuovo, predisponendo il protocollo secondo la nuova modulistica approvata dall'Ufficio Qualità. La verifica e la nuova elaborazione hanno sostanzialmente riguardato i seguenti punti:

- L'inserimento di un alert nel sistema informatico all'atto delle dimissioni che ricordi al personale medico (sia del Pronto Soccorso che dell'Ostetricia) di consegnare l'apposita informativa per le donne vittima di violenza;

- La continua sensibilizzazione degli operatori in tema di valutazione e individuazione dell'avvenuta violenza, nonché sull'accoglimento

-Collaborazione con Osservatorio Nazionale Salute Donna : Partecipazione OPEN WEEK di ONDA con un incontro di sensibilizzazione dal titolo: "Insieme contro la violenza alle donne: i servizi di contrasto alla violenza dell'ULSS 17 – Ospedale e Territorio" L'incontro, rivolto a tutta la cittadinanza, ha voluto essere un'occasione per promuovere la conoscenza dei percorsi di uscita dalla violenza.

-Progetto di conciliazione "Ospedale Unico e Territorio: nuove politiche di conciliazione famiglia lavoro nell'Azienda ULSS 17": il Gruppo di Lavoro ha elaborato un piano di obiettivi finalizzati alla sistematizzazione ed alla implementazione degli interventi di conciliazione in favore dei dipendenti dell'Az. Ulss17, approvato dalla Regione, a seguito del quale la Regione Veneto ha rilasciato la relativa certificazione. Il piano prevedeva quale obiettivo prioritario quello di sistematizzare i percorsi di conciliazione già esistenti presso la nostra azienda, individuando inoltre azioni innovative in risposta ai bisogni espressi dal personale ospedaliero anche a seguito dei recenti cambiamenti organizzativi, secondo un complesso piano da sviluppare nel triennio.

L'applicazione delle misure previste dal piano sarà tuttavia preceduta da una rivalutazione nell' ottica della nuova azienda unica euganea, al fine di omogeneizzare ed integrare i piani elaborati dalle tre ex Aziende.

-Attività di auto-formazione per i nuovi membri del GdL "Pari Opportunità", e nella fattispecie:

- la creazione del Progetto di Conciliazione: dalla raccolta dei fabbisogni alla elaborazione del progetto;
- iniziative femminili per la parità. Uno sguardo storico
- l'associazione Soroptimist e l'applicazione SHAW

- ***Monitoraggio Violenza domestica***

In attuazione del Protocollo CUG n.1 "*Protocollo Ospedaliero di accoglienza e attivazione di Reti Territoriali per Donne in situazione di VIOLENZA e maltrattamento*" il Comitato Unico di Garanzia ha effettuato il monitoraggio dei dati relativi alla violenza domestica in collaborazione con il Pronto Soccorso.

Nell'anno 2016 presso il Pronto Soccorso dell'A.ULSS17 sono stati registrati con codifica regionale di aggressione **92 accessi**; l'analisi dettagliata è meglio rappresentata nella tabella sottostante:

Aggressione dichiarata da persona nota	Aggressione dichiarata da persona non nota o da persona non riferita
39	53
	di cui 1 per violenza sessuale

Rispetto all'anno precedente il numero di accessi codificati come aggressione è nettamente diminuito; tuttavia, tale dato potrebbe essere determinato da una maggiore accuratezza nella rilevazione delle aggressioni riferibili alla violenza di genere.

- ***Revisione del depliant informativo del Comitato Unico di Garanzia***

Nel corso del 2016 è stata effettuata la revisione del depliant informativo del CUG. Il documento è stato pubblicato nell'home page del sito web aziendale al link Comitato Unico di Garanzia.

- ***Revisione del depliant informativo della Consigliera di Fiducia dell'Az. Ulss17***

Nel corso del 2016 è stata effettuata la revisione del dépliant informativo della Consigliera di Fiducia. Il documento è stato pubblicato nell'home page del sito web aziendale al link Comitato Unico di Garanzia.

- ***Revisione del Codice di Condotta***

Nel corso del 2016, in collaborazione con la Consigliera di Fiducia si è istituito un GdL per la revisione del "Codice di Condotta per la tutela della dignità delle Lavoratrici e dei Lavoratori" . Il documento revisionato è stato approvato in sede di plenaria del 05 dicembre 2016 ed inviato per il recepimento formale con nota prot. n. 0066293/CUG del 12.04.2017..

- ***Direttiva 4 marzo 2011, art. 3.3: Relazione annuale***

Il Comitato Unico di Garanzia con nota prot. n. 228840/CUG in data 20 aprile 2016 ha trasmesso alla Direzione Aziendale la Relazione anno 2015, la quale è stata successivamente pubblicata nell'home page del sito web aziendale al link "Comitato Unico di Garanzia".

- ***Protocollo d'Integrazione tra Servizi Aziendali sul benessere organizzativo***

Il gruppo di lavoro, costituito nel 2013 su mandato della Direzione Aziendale e composto da un rappresentante dell'U.O.C. Direzione del personale, dello Spisal, del S.P.P., del CUG, con la collaborazione della Consigliera di fiducia, ha ultimato il "Protocollo di integrazione tra le funzioni dei servizi aziendali competenti in materia di salute dei lavoratori/lavoratrici e benessere organizzativo aziendale" con la finalità di integrare e coordinare le specifiche competenze dei diversi soggetti istituzionali deputati all'espletamento dei compiti nelle materie precedentemente descritte.

Tale documento è stato recepito con Delibera del Direttore Generale n.123 del 13 febbraio 2015 e successiva integrazione del 15 aprile 2015 DDG n 378. Il documento rappresenta un importante strumento strategico di pianificazione delle azioni di prevenzione del disagio e di miglioramento organizzativo da effettuare in sinergia tra servizi. Il primo obiettivo pianificato è stato quello relativo alla redazione di un piano triennale azioni positive condiviso fra servizi descritto nel paragrafo seguente.

- ***Rilevazione Benessere organizzativo***

Nell'anno 2016, il CUG ha proseguito nella attuazione della rilevazione del benessere organizzativo come previsto dal Piano triennale azioni positive. Nello specifico è stato somministrato il Questionario ANAC sul benessere organizzativo alle strutture aziendali relative all'area distrettuale, completando così la rilevazione iniziata nel 2015 su tutte le strutture aziendali.

I risultati sono stati comunicati alla Direzione strategica ed è stato redatto un report pubblicato sul sito dell'Aulss 17 nella sezione CUG dedicata.

Per l'esposizione e una più dettagliata argomentazione dei risultati ottenuti si rimanda all'allegato 3.

- ***Piano Triennale Azioni Positive 2016 – 2018***

Quale esito dei lavori di coordinamento previsti dal "Protocollo d'Integrazione tra le funzioni dei servizi aziendali competenti in materia di salute dei lavoratori/lavoratrici e benessere organizzativo aziendale" Del. D.G.123 del 13/02/2015, i servizi interessati hanno provveduto a stilare un Piano Triennale Azioni positive, secondo le indicazioni dell'Art. 42 D.lgs. n.198/2006.

La Presidente del Comitato Unico di Garanzia ha quindi provveduto alla trasmissione del "*Piano Triennale Azioni Positive 2016 – 18*", con nota prot. n. 219022/CUG del 25 gennaio 2016.

Il Piano Triennale diviene dunque lo strumento di pianificazione integrata degli interventi di miglioramento organizzativo previsti dai servizi dell'A.ULSS17 competenti in materia, finalizzati alla realizzazione delle pari opportunità, alla prevenzione delle discriminazioni e delle molestie ed alla promozione della conciliazione famiglia-lavoro."

Le azioni principali del CUG previste sul piano del miglioramento organizzativo sono Il Progetto di Audit per la conciliazione famiglia-lavoro del nuovo Presidio Ospedaliero Madre Teresa di Calcutta", la revisione dei documenti "Codice di Condotta", "Regolamento di funzionamento dl Comitato" e "Protocollo ospedaliero di accoglienza per donne vittime di violenza", la formazione degli operatori con particolare riferimento ai manager, la rilevazione dei dati relativi al benessere organizzativo aziendale percepito dai dipendenti.

- ***Elaborazione piano formativo attuativo anno 2017***

Il Comitato ha elaborato un piano formativo attuativo per l'anno 2017, con lo scopo di dare continuità alle azioni rivolte sia ai membri del CUG che agli operatori aziendali in genere, in risposta ai fabbisogni formativi sia dei propri componenti in merito all'approfondimento delle tematiche specifiche, sia dei dipendenti aziendali in merito all'approfondimento dei temi del mobbing, delle pari opportunità e del benessere organizzativo.

Nel 2017 proseguirà la formazione degli operatori sul Codice di condotta, secondo il piano di sensibilizzazione che prevede di raggiungere tutti i dipendenti entro tale anno.

Verrà inoltre proposta ai Direttori di Area Sanitaria una formazione specialistica sulle competenze manageriali nella gestione dei gruppi di lavoro.

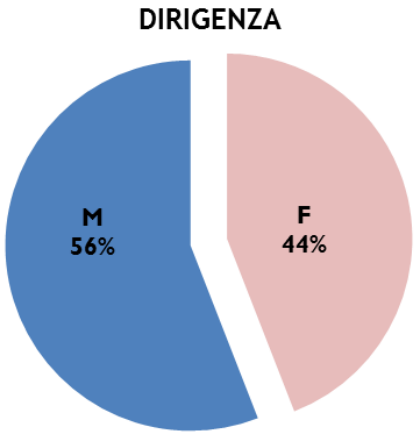
DATI SUL PERSONALE DIPENDENTE PER GENERE

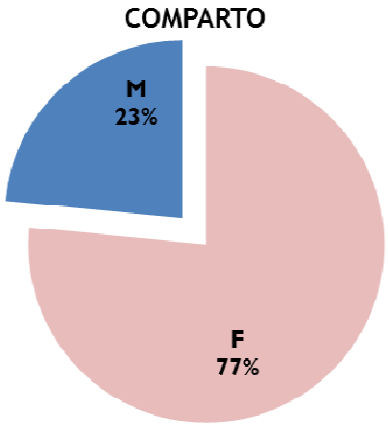
Rispetto all'anno precedente non si rilevano significative variazioni in ordine alla composizione del personale in servizio. Il numero è lievemente aumentato di poche decine di unità e si nota un leggero aumento delle donne dirigenti. Resta dunque sostanzialmente invariata la distribuzione percentuale che vede una netta prevalenza delle attribuzioni di ruoli apicali ai dirigenti di sesso maschile (19,35% femmine/80,65% maschi).

❖ ***Dati U.O.C. Gestione del Personale***

PERSONALE AL 31.12.2016

Personale dipendente Aulss17 Anno 2015	F	M	T	F%	M%	T%
Dirigenti 1°fascia	6	25	31	19,35%	80,65%	1,58%
Dirigenti 2°Fascia	143	164	307	46,58%	53,42%	15,70%
TERZA AREA (EX POSIZIONI C)	-	-	-	0,00%	0,00%	0,00%
DIRIGENZA	**149**	**189**	**338**	**44,08%**	**55,92%**	**17,28%**
COMPARTO	**1.239**	**379**	**1.618**	**76,58%**	**23,42%**	**82,72%**
di cui POSIZIONI ORGANIZZATIVE	21	13	34	61,76%	38,24%	1,74%
TOTALI (COMPARTO + DIRIGENZA)	***1.388***	***568***	***1.956***	***70,96%***	***29,04%***	***100%***





PART-TIME AL 31.12.2016

Personale tempo indeterminato	F	M	T
personale PT <50%	17	1	18
personale PT >50%	162	6	168
totale dip. Part time	***179***	***7***	***186***
totale dipendenti	***1388***	***568***	***1956***
di cui dipendenti a tempo determinato	***13***	***10***	***23***

Rimane invariato anche l'utilizzo del part - time da parte del personale dipendente; tale forma di lavoro flessibile resta a appannaggio esclusivo delle donne, che rappresentano il 96,24% di tutti i dipendenti che ne usufruiscono. Tale dato è in linea con quanto rappresentato in letteratura in ordine alla necessità delle donne di usufruire di forme di lavoro flessibile per far fronte ad una molteplicità d'impegni ed in particolare al lavoro familiare che resta a loro carico.

❖ *Dati Servizio Prevenzione e Protezione*

STRESS LAVORO-CORRELATO

SEGNALAZIONI AL MEDICO COMPETENTE STRESS LAVORO - CORRELATO	
UNITA' OPERATIVE	ANNO 2016
AFFARI GENERALI	1
GESTIONE TEC.PATRIMONIO	1
CHIRURGIA	1
DAY SURGERY	2
ENDOSCOPIA	1
LABORATORIO ANALISI	3
MEDICINA C3	3
MIEEF	1
OSTETRICIA	1
ORL	1
POLIAMBULATORIO	1
PRONTO SOCCORSO	2
MED.FISICA RIABILITATIVA	1
TIS POLIVALENTE	1
SI SEGNALA INOLTRE IL DISAGIO LAVORATIVO ESPRESSO DA GRAN PARTE DEL PERSONALE DEL COMPARTO CHE LAVORA NEL GRUPPO OPERATORIO E DA QUASI TUTTI I DIRIGENTI MEDICI DELL'U.O. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	

Anche quest'anno si rilevano un consistente numero di segnalazioni relative allo stress lavoro correlato nei dipendenti sebbene in lieve calo rispetto all'anno precedente. Merita attenzione la segnalazione del Responsabile SPP in merito alla presenza di disagio diffuso in due servizi ospedalieri, al fine di effettuare interventi di aiuto per l'individuazione e soluzione dei disagi organizzativi si ribadisce l'opportunità di costituire un nucleo operativo composto dai rappresentanti dei servizi individuati dal Protocollo d'integrazione tra le funzioni dei servizi aziendali competenti in materia di salute aziendale e benessere organizzativo, recepito con Del. DG n 123/2015.

Quale azione conseguente gli obiettivi del Protocollo d'integrazione, il nucleo operativo suddetto, integrato di volta in volta dai responsabili dei servizi coinvolti, potrebbe essere incaricato di una valutazione collegiale delle segnalazioni di disagio organizzativo presenti in azienda e della formulazione di possibili azioni di miglioramento.

❖ *Dati Medico Competente INFORTUNI SUL LAVORO*

CONFRONTO INFORTUNI ANNI 2015-2016
SUDDIVISIONE PER SEDE DI LAVORO

TIPO DI INFORTUNIO	CONSELVE		ESTE		MONSELICE		MONTAGNANA		SCHIAVONIA		TOTALE	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
BIOLOGICO	2	2	1	0	0	0	3	3	49	50	55	55
AGGRESSIONE	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1	5	1
CADUTA	0	0	1	0	0	1	0	2	0	5	1	8
COLPITO DA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
FERITA	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0
IN ITINERE	1	2	1	1	0	1	1	1	12	7	15	12
INCIAMPATO	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	5	0
INCIDENTE STRADALE	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
MOVIMENTAZIONE	1	1	0	0	0	0	2	1	8	10	11	12
PIEDE IN FALLO	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	3	2
SCHIACCIAMENTO	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0
SCIVOLATO	0	2	0	0	0	0	1	0	4	2	5	4
URTATO CONTRO	0	1	1	0	0	0	0	1	3	1	4	3
POSTURA	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	3	1
SCOSSA ELETTROSTATICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
TOTALI	4	9	6	2	3	2	12	11	92	76	117	100

Dal totale infortuni sono da escludere gli infortuni BIOLOGICI e 7 infortuni a giorni zero in quanto non riconosciuti dall'INAIL.

E' possibile rilevare una riduzione degli incidenti in generale rispetto all'anno 2015 e nello specifico presso il P.O. M.T. di Calcutta, dove appaiono diminuiti in maniera significativa gli incidenti in itinere. Osserviamo che l'incidenza generale si assesta sul 5,11% per l'anno 2016, in diminuzione rispetto all'incidenza del 2015 pari al 6.05%,

❖ *Segnalazioni comportamenti lesivi della dignità e libertà personale nell'ambiente di lavoro*

Con delibera n. 905 del 18 settembre 2015 è stata nominata la nuova Consigliera di Fiducia dell'Az. Ulss17.

Il report della Consigliera di Fiducia si riferisce al primo anno della sua attività, da novembre 2015 al novembre 2016. Da tale report, si evince che in tale periodo sono pervenute e prese in carico n 12 segnalazioni da parte di dipendenti.

Le Aree coinvolte

Personale dell'area sanitaria n. **8**

Personale tecnico amministrativo n. **1**

Personale medico n. **3**

Le Problematiche segnalate

Conflitto relazionale, organizzativo e di contesto **n. 4**

Presunto Mobbing da colleghi e superiori **n. 1**

Richiesta informazioni su mobbing **n. 1**

Aggressione verbale **n. 6**

Le segnalazioni riguardano **9** dipendenti di genere femminile e **3** dipendenti di genere maschile.

Tutte le segnalazioni sono state prese in carico utilizzando la procedura informale disciplinata dall'art. 6.1 del Codice di Condotta. Da una lettura di tali dati è possibile evincere come le segnalazioni siano riferibili a situazioni di disagio organizzativo, ma risultino significative le situazioni di conflitto relazionale per le quali risulta opportuno proseguire con attività di prevenzione del disagio centrate nello specifico sulla qualità della comunicazione e la soluzione dei conflitti nel luogo di lavoro.

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

ALLEGATO 2.a)

OBIETTIVI D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015

AREA STRATEGICA: SOCIO SANITARIA

Prospettiva: ECONOMICO FINANZIARIA

Obiettivo strategico: D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi

Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 12,5%

Ambito obiettivo: contenimento della spesa

Obiettivo Operativo: D.3.1) Rispetto del pro-capite pesato distribuzione diretta classe A e H — 0%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
Rispetto del costo pro-capite pesato distribuzione diretta classe A e H	Classe A ≤ € 41 Classe H ≤ € 33	Classe A € 38 Classe H € 41	0%

Unità operative: Farmacia

Note (vedi relazione dettagliata al par.2.3): Raggiunto l'indicatore relativo al costo procapite pesato della distribuzione diretta Classe A. Il costo procapite pesato per la distribuzione diretta la classe H, invece, supera il valore soglia di € 8 (+24,2%). La spesa per l'erogazione diretta dei farmaci classe H è rappresentata in gran parte dall'erogazione di tali farmaci da parte di altre ULSS e Aziende Ospedaliere a residenti dell'ULSS 17. I gruppi terapeutici maggiormente interessati sono: L01-citostatici, L02-terapia endocrina, L03-immunostimolanti, L04-immunosoppressori e J05-antivirali ossia farmaci biologici per l'artrite reumatoide, farmaci oncologici e farmaci per l'HIV.
Questo fenomeno è determinato anche dal fatto che nell'ULSS 17 non sono presenti Centri autorizzati alla prescrizione dei Biologici in reumatologia e dermatologia, nè un centro malattie infettive e per tale motivo gli utenti si rivolgono ad altre strutture per le cure. Inoltre l'Istituto Oncologico Veneto, unitamente ad altre Oncologie in Veneto, creano forte attrazione per i pazienti oncologici.

Obiettivo Operativo: D.3.2) Rispetto del tetto di costo sulla farmaceutica territoriale — 0%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
Rispetto del limite di costo	€ 21.228.240,00	€ 22.047.672,78	0%

Unità Operative: Farmacia

Note (vedi relazione dettagliata al par.2.3): La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale è quasi completamente generata dalle prescrizioni dei Medici di Medicina Generale. Le azioni intraprese durante l'anno (inserimento nel Patto con gli MMG degli indicatori di appropriatezza prescrittiva e l'obiettivo del rispetto del costo per assistibile pesato pari a €114, costituzione del Comitato Tecnico Scientifico, Progetto dell'Informatore Indipendente) hanno comunque contribuito al decremento della spesa rispetto all'anno precedente di circa il 3,3%; mentre il costo medio per assistito pesato si attesta a €118 inferiore rispetto al 2015 di circa il 3%.

Obiettivo Operativo: D.3.3) Rispetto del tetto di costo della farmaceutica ospedaliera — 0%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
Rispetto del limite di costo	€ 11.382.151,00	€ 11.762.061,41	0%

Unità Operative: Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, PS, Anestesia e Rian., Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Neurologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione Funzionale, SPDC, Dipendenze, Serv. integrati alla persona, Cure Primarie, SISP, Area Vet. A, Psichiatria, Direzione Medica di Presidio, Farmacia

Note (vedi relazione dettagliata al par.2.3): la causa principale che non ha permesso di rispettare il limite regionale riguarda le terapie prescritte da medici specialisti di altre Ulss per le quali è prevista l'erogazione diretta da parte dei centri prescrittori ed in seguito viene effettuata la compensazione in file F. Purtroppo molto spesso i pazienti, a seguito di prescrizione effettuata dal competente centro, vengono invitati a rivolgersi allo sportello di Distribuzione Diretta dell'Azienda di residenza. I farmaci prescritti da medici fuori Ulss sono principalmente farmaci biologici per il trattamento di patologie reumatiche, dermatologiche e gastrointestinali; farmaci oncoematologici; farmaci per la cura della Sclerosi Multipla, HIV e Micofelonati; faramco DUODOPA (antiparkinson) prescritto interamente dalla Casa di Cura privata preaccreditata Villa Margherita di Arcugnano (VI).

Obiettivo Operativo: D.3.4) Rispetto del tetto di costo dei dispositivi medici — 0%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
Rispetto del limite di costo	€ 9.126.437,00	€ 9.331.085,27	0%

Unità Operative: Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, PS, Anestesia e Rian., Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Diabetologia, Anatomia Pat., SIT, Laboratorio an., Neurologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione Funzionale, SPDC, Serv. integrati alla persona, Cure Primarie, SISP, Area Vet. A, Direzione Medica di Presidio

Note (vedi relazione dettagliata al par.2.3): I motivi dello sfondamento sono da attribuire all'incremento dell'attività e/o della complessità dei DRG prodotti dai reparti di dimissione dell'area chirurgica e dai reparti che eseguono procedure interventistiche e diagnostiche oltre all'entrata a regime delle nuove attività avviate a fine 2015 come Geriatria e Neuroriabilitazione.

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 222 di 250

Obiettivo Operativo:	D.3.5) Rispetto del tetto di costo degli IVD			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto del limite di costo	€ 613.644,00	€ 606.709,24	100%
	Unità operative: Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, PS, Anestesia e Rian., Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Diabetologia, Anatomia pat., laboratorio an., SIT; Neurologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione, SPDC, Cure Primarie, Serv. integrati alla persona, SISP, Area Vet. A, Direzione Medica di Presidio			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	D.3.6) Rispetto del tetto di costo dell'assistenza Integrativa AIR			0%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto del limite di costo	€ 1.928.175,00	€ 2.123.812,97	0%
	Unità operative: Farmacia			
	Note (vedi relazione dettagliata al par.2.3): Le patologie che impattano maggiormente sulla spesa sono il Diabete e la Celiachia che rappresentano rispettivamente il 75% ed il 24% della spesa totale per assistenza integrativa. Il mancato rispetto del limite è dovuto al continuo aumento della fornitura dei dispositivi per l'autodiagnosi della glicemia determinato sia dall'aumento dei pazienti diabetici sia dalla raccomandazione delle linee guida di favorire l'autodiagnosi. Il numero di pazienti diabetici che utilizzano dispositivi per l'autodiagnosi sono passati da 2.155 (2015) a 2.527 nel periodo gennaio-settembre 2016 con un incremento di 372 pazienti (+17%). Il dato ad ottobre 2016 evidenzia che la prevalenza dei pazienti diabetici nel territorio della ex Ulss17 è pari a 13,5 ogni 1.000 abitanti contro 11,4 su base Regionale (+19%), a fronte di una spesa media per assistito pari a 534 € inferiore alla media regionale pari a 556 € (-4%). Questo determina una spesa per 1000 assistibili pesata dell'Ulss 17 superiore alla media regionale di € 822 pari al +14%.			
Obiettivo Operativo:	D.3.7) Rispetto del tetto di costo dell'assistenza Protesica			50%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto del limite di costo	€ 15 pro-capite	€ 17,09 pro-capite	0%
	Unità operative: Direzione Distretto Unico			
	Rispetto del limite di costo	Appropriatezza della prescrizioni di ausili riduzione del 10% delle prescrizioni rispetto al 2015	2015: € 597.583,04 2016: € 519.040,38 Scost.: -€ 78.542,66 ; **-13,14%**	100%
	Unità operative: ORL, Ortopedia, Riabilitazione funz.			
	Note sul rispetto del limite di costo procapite (vedi relazione dettagliata al par.2.3): La spesa per l'assistenza protesica sostenuta nel 2016 registra un aumento, rispetto al limite, di € 2,09 pro-capite pari a +13,9%. Rispetto al 2015, il costo pro-capite del 2016 registra una diminuzione pari a € 3,91 pro-capite (-18,61%). Lo scostamento rispetto al valore soglia registrato sul costo procapite per assistenza protesica è dovuto oltre che all'acquisto di ausili di particolare impegno economico sia dell'Elenco 1 che degli elenchi 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario (ad esempio impianti cocleari o carrozzine ad uso esterno per i disabili giovani e adulti, protesi arti inferiori) anche alla precoce deospedalizzazione dei pazienti dalla fase post-acuta con conseguente incremento degli ausili da utilizzare a livello domiciliare e presso i Centri Servizi del nostro territorio. L'esigenza di dotare dei comfort necessari ed indispensabili per la gestione, da parte dei Centri Servizi, degli ospiti, non altrimenti gestibili a livello territoriale ha comportato una accelerazione degli acquisti e quindi un aumento della fornitura degli ausili stessi. Continuano altresì ad essere attivate delle procedure a livello distrettuale al fine di promuovere un maggior utilizzo degli ausili riciclati rispetto al nuovo. A ciò si aggiunge l'attivazione della fornitura di ausili per incontinenti con una nuova ditta che ha comportato benefici economici legati ad un minor costo giornata. Tutto questo si riflette sul costo procapite passato dal €121 del 2015 ad un valore per il 2016 pari a € 17,09, con un conseguente contenimento della spesa totale di circa € 540.735.			

Obiettivo strategico	D.2) Equilibrio economico-finanziario Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 98%	**Ambito obiettivo:** contenimento della spesa

Obiettivo Operativo:	D.2 a) Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari, servizi sanitari, godimento beni di terzi			98%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto del budget assegnato	Rispetto del budget assegnato (al netto delle voci soggette a limite)	Budget: € 7.031.000,00 Consuntivo: € 7.174.650,21 Scostam.: **+€ 143.650,21; +2%**	98%
	Unità Operative: Chirurgia, Urologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, PS, Anestesia e Rian., Pediatria, Ostetricia, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Neurologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione, Sit, Laboratorio an., Anatomia pat., Dipendenze, Cure Primarie, Serv integrati alla persona, SISP, Area Vet. A, Psichiatria, Direzione Medica di Presidio			
	Note: Il mancato rispetto del budget assegnato alle U.O. per le voci non soggette a limite è da attribuire principalmente all'incremento dei consumi dei Vaccini e materiale per la profilassi utilizzati dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica che ha dovuto affrontare durante l'anno l'emergenza profughi assicurando, come da indicazioni regionali, l'applicazione del protocollo sanitario regionale a favore dei richiedenti asilo. Tale incremento è stato parzialmente riassorbito dalla diminuzione del costo di Service e Canoni di noleggio c/o il Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura e la diminuzione del costo per l'acquisto di Prestazioni per Tossicodipendenti da Privato.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 223 di 250

Prospettiva	DEI PORTATORI DI INTERESSI			
Obiettivo strategico	A.a) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo dell'organizzazione degli uffici Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	A.2 Adeguamento dell'organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	A.2.2. Contestualizzazione aziendale del PDTA per la sclerosi multipla	Predisposizione del PDTA sclerosi multipla come da DGR 758/2015 e monitoraggio indicatori (da 1 a 7) allegato A- DGR 758/15	Predisposto il PDTA, presentato e pubblicato. Eseguito il monitoraggio degli indicatori	100%
	Unità Operative: Neurologia, Rec. Riabilitazione funz.le, Cure Primarie, Direzione Medica di Presidio			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	C.a) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: attività di prevenzione Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 73,94%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	C.1 Copertura vaccinale già obbligatorie e screening oncologici			58,3%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.1.1. Tassi di copertura aggiustati: difterite e tetano, epatite B, polio	≥ 95%	91,57%	40%
	C.1.2. Tassi di copertura aggiustati: morbillo, parotite, rosolia	≥ 95%	88,23%	0%
	C.1.3. Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ≥ 65 anni	≥ 75%	57,11%	0%
	C.1.4. Copertura corretta per screening mammografico	≥ 80%	78,74%	80%
	C.1.5. Copertura corretta per screening citologico	≥ 60%	58,40%	80%
	C.1.6. Copertura corretta per screening colon-retto	≥ 65%	63,42%	80%
	Unità Operative: Igiene e sanità pubblica			
	C.1.7. Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli stili di vita (4 indicatori: fumo, eccesso ponderale, alcol, sedentarietà)	Verranno valutati i seguenti 4 indicatori di attività: a) Applicazione del modello della presa in carico del soggetto con fattori di rischio (screening cardiovascolare, prescrizione esercizio fisico, ambulatorio nutrizionale, centro/ambulatorio trattamento tabagismo) - Adempimento: presenza di almeno tre componenti dei quattro richiesti. b) Adesione ai sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO, HBSC) - Adempimento: adesione a tutti i sistemi di sorveglianza attivati nell'anno di riferimento. c) Numero di programmi attivati di promozione del movimento per ciascuna fascia di età (bambini, adulti, anziani) nell'ambito della lotta alla sedentarietà nella popolazione - Adempiemento: almeno un programma per fascia di età. d) Partecipazione ai percorsi formativi regionali nell'ambito del Piano Materno Infantile - Adempimento: almeno dieci operatori formati nell'ambito del Piano Materno-Infantile.	a) sono attivi gli ambulatori nutrizionali, l'ambulatorio tratt.Tabagismo, screening cardiovascolare e attivati progetti per l'esercizio fisico b) adesione a tutti i sistemi di sorveglianza c) attivati n.4 programmi per la promozione del movimento d) partecipazione ai percorsi formativi reg. per n.9 ass.sanitari/infermieri	100%
	Unità Operative: Igiene e sanità pubblica, Dipendenze			
	Note: Si registra una diminuzione, rispetto al 2015, del tasso di adesione alle vaccinazioni e agli screening. Risulta, invece, raggiunto l'obiettivo legato alle attività di miglioramento degli stili di vita.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 224 di 250

Obiettivo Operativo:	**C.2 Raggiungimento della percentuale del 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.2.1. Unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale (indicatore 4 Griglia LEA)	≥ 5%	5%=U.L=399 visitate n.539 u.l pari al 135%	100%
	Unità Operative: Spisal			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**C.3 Implementazione Piani di sicurezza alimentare**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.3.1. Controlli sanitari svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione di alimenti: % di ispezioni e campionamenti effettuati sul totale dei programmati (indicatore 6.2 griglia LEA)	≥ 160%	n.ispezioni eserc.313/n.unità totali 247=127% n.campioni trasm lab 456/n. campioni progr.409=111% 117%+111%=238%	100%
	Unità Operative: SIAN, Area B			
	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 (indicatore 6.3 griglia LEA)	≥ 90% in tutte le categorie previste	100% n.campioni trasm x analisi=15 n.campioni progr.15	100%
	Unità Operative: SIAN, Area C			
	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)	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	100% n.campioni effettuti 88 n.campioni da eff. 88	100%
	Unità Operative: Area C			
	C.3.4. Percentuale di allevamenti controllati per la Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (indicatore 2 adempimento AAJ questionario LEA 2015)	≥ 99,80%	100% n.allevamenti contr 18 n.unità totali 18	100%
	Unità Operative: Area A			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	**E.a) Liste di attesa: classi di priorità** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:**		**90%**	**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	**E.1 Piena implementazione delle modalità org. erogative per il contenimento dei tempi di attesa**			**90%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	E.1.1. Rispetto dei tempi di attesa per la classe A	Classe A: 90%	90%	100%
	E.1.2. Rispetto dei tempi di attesa per la classe B	Classe B: 90%	91%	100%
	E.1.3. Rispetto dei tempi di attesa per la classe C	Classe C: 100%	97%	50%
	Unità operative: Chirurgia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia, Ost-gin., Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Riabilitazione, Radiologia, Direzione Distretto, Cure Primarie, Direzione Medica di Presidio			
	Note: L'obiettivo è stato raggiunto per quanto riguarda il rispetto delle Classi A e B.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 225 di 250

Prospettiva	DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE			
Obiettivo strategico	A.b) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di programmazione dell'organizzazione degli uffici Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 98%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	A.1. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	A.1.1. Sviluppo del modello della Centrale Operativa	Partecipazione al percorso regionale sullo sviluppo della COT. Compilazione delle griglie informative regionali	Garantita la partecipazione al percorso regionale. L'inserimento dei dati sul software reg.le è giornaliero	100%
	A.1.2. Programmazione dello sviluppo delle Medicine di gruppo integrate e attivazione delle stesse secondo la DGR 751/2015	Attivazione delle Medicine di gruppo integrate nel rispetto dei finanziamenti assegnati. Compilazione delle griglie regionali	Attivate n.4 Medicine di gruppo integrate e individuata la sede MGI di Montagnana. Attivazione prevista per il 2017	100%
	Unità operative: Direzione distretto unico, Cure Primarie			
	A.1.3. Effettuazione monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	Corretta implementazione dell'AUR e compilazione delle griglie informative regionali entro le scadenze previste	Attività espletata nel rispetto dei tempi e modalità previste dalla Regione	100%
	Unità operative: Cure Primarie			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	A.3 Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 PSSR 2012/2016			96%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	A.3.1. Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 ‰	Mantenimento del tasso di ospedalizzazione < 135 ‰	127,76‰	100%
	Unità Operative: Direzione medica di Presidio, Monitoraggio Att. Amm. Ospedale-Terr.			
	A.3.1. Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 ‰	Riduzione dei ricoveri ripetuti	n. ric. 2015: 525 n. ric. 2016: 506 rioduzione del 3,6%	100%
	Unità Operative: ORL, Urologia, Nefrologia, SPDC			
	A.3.1. Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 ‰	Ricoveri da PS < 12% degli accessi	ricoveri da PS = 13%	92%
	Unità Operative: Pronto Soccorso			
	A.3.1. Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 ‰	% Ricoveri sul totale degli accessi del fine settimana non superiore al 20% rispetto alla media dal lunedì al venerdì	% ricoveri su accessi sab-dom = 12% % ricoveri su accessi lun-ven = 13%	100%
	Unità Operative: Pronto Soccorso			
	A.3.2. Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	Partecipazione alla Formazione ROV Redazione PDTA su format predisposto dalla ROV	PDTA Tumore della mammella (100%) e del colon (80%) secondo il formato ROV	90%
	Unità Operative: Chirurgia, Oncologia			
	Note: Il Pronto Soccorso registra un incremento della % di accessi seguiti da ricovero rispetto al 2015 (12%)			

Obiettivo strategico	**B.b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 75%**			**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	**B.3 Applicare le nuove politiche di Assicurazione**			**75%**
	Indicatori:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	B.3.2. Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager a seguito di sinistro/evento per il monitoraggio loro efficacia	Trasmissione n. 5 verbali e 5 azioni correttive e relative misurazioni di efficacia	Reperiti 5 verbali, azioni di miglioramento e monitoraggio delle stesse	100%
	B.3.3. Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)	Trasmissione questionario nei tempi previsti	Invio del questionario il 5/7/2016 e il 22/03/2017	50%
	Unità Operative: Direzione medica di Presidio			
	Note: Il mancato completo raggiungimento dell'obiettivo B.3 è da imputare al mancato rispetto della scadenza di Dicembre per l'invio del questionario di autavalutazione Carmina.			
Obiettivo strategico	**C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 49,60%**			**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	**C.4 Integrazione ospedale - territorio**			**75%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.4.1 % dimissioni ultra75enni visitati a domicilio entro 2 giorni dalla dimissione	≥ 10%	23,99%	100%
	C.4.2 % di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	14,51%	0%
	C.4.3 Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3 - 4° livello	tasso 1,49‰	2,16‰	100%
	Unità operative: Cure Primarie, Direzione Distretto, Monitoraggio Att. Amm Osp-Terr			
	Note: Obiettivo raggiunto parzialmente. Il risultato dell'indicatore sulla % di ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita è molto vicino al valore soglia ma non rispetta il target fissato per il 2016.			
Obiettivo Operativo:	**C.5 Aderenza alle disposizioni operative per l'attività di Pronto soccorso DGR 1513/2014**			**50%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.5.1. Rispetto della durata accesso in Pronto Soccorso inferiore a 4 ore secondo quanto previsto dal DGR 1513/2014	90° percentile degli accessi entro 4 ore	4h 23m	0%
	C.5.2. Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della griglia LEA)	≤ 18 minuti	17 m.	100%
	Unità operative: Pronto Soccorso, Monitoraggio Att. Amm. Osp-terr			
	Note: Il risultato raggiunto sulla durata dell'accesso in Pronto Soccorso pari 4,23 ore non rispetta il target regionale ma è inferiore rispetto alla media della Provincia che è di 4,56 ore.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 227 di 250

Obiettivo Operativo:	C.6 Rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti secondo il DM 70/2015			70%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	n. int. x tumore mammella	soglia n. 150	63	0%
	n. int. Colecistectomia lap.	soglia n. 100	171	100%
	Unità operative: Chirurgia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	n. int. Frattura femore	soglia n. 75	236	100%
	Unità operative: Ortopedia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	n. parti	soglia n. 500	878	100%
	Unità operative: Ostetricia-gin., Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	n. dimissioni ord. per IMA	soglia n. 100	251	100%
	n. dimissioni ord. Angioplastica coronarica percutanea	soglia n. 250	299	100%
	Unità operative: Cardiologia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	% colecistectomia lap con degenza post-op. < 3 gg	soglia ≥ 70%	72,10%	100%
	Unità operative: Chirurgia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	% int. Frattura femore entro 2 gg età ≥ 65 anni	soglia ≥ 60%	77,20%	100%
	Unità operative: Ortopedia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	% di tagli cesarei primari in maternità con n. parti < a 1.000	soglia ≤ 15%	22,30%	0%
	Unità operative: Ostetricia-gin., Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	% STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale entro 2 gg	soglia ≥ 60%	42,90%	0%
	Unità operative: Cardiologia, Monitoraggio indicatori Att. Amm. Ospedale Terr.			
	Note: Obiettivo raggiunto parzialmente. Con riferimento agli indicatori relativi agli standard minimi di VOLUME, risulta non rispettata una sola soglia su 6, ossia il numero di interventi per tumore alla mammella che risultano 63 contro un asoglia minima di 150. Per quanto riguarda invece gli indicatori relativi agli standard minimi di ESITO, risultano non rispettate 2 soglie su 4, ossia la % di tagli cesarei primari che supera la soglia di oltre 7 punti percentuali e la % di STEMI trattati con PTCA entro 2gg che non raggiunge la soglia minima. Nel complesso sono state soddisfatte 7 soglie su 10.			

Obiettivo Operativo:	C.7 Qualità di assistenza ospedaliera			25%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.7.1. Numero di interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana	≥ 1.000	solo 2 sale su 6 hanno superato i 1000 interventi annui	0%
	Unità operative: Anestesia e Rianimazione			
	C.7.2. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014	1) Casi trattati in week S. > 60% 2) Ricoveri con lo stesso MDC dopo 30 gg da ricovero in week < 5%	1) 39,63% 2) 1,13%	0%
	Unità operative: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia artroscopica, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	C.7.3. Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero (DGR 4277/2011 e s.m.)	% RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0%	0%	100%
	Unità operative: Chirurgia, ORL, Urologia, Day Surgery, Cardiologia, Riabilitazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	C.7.4. Percentuale di DGR medici dimessi da reparti chirurgici (punteggio sottratto al C.7.1)	≤ 15%	18,19%	0%
	Unità operative: Chirurgia, ORL, Urologia, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	Note: Obiettivo raggiunto parzialmente. Con riferimento al numero di interventi per sala operatoria solo le sale di Chirurgia Generale ed Ortopedia superano i 100 interventi annui. L'obiettivo C.7.2 non è raggiunto in quanto non è soddisfatta la soglia dei casi trattati in WeekSurgery. Infine la % di DRG medici dimessi da reparti chirurgici supera la soglia massima di oltre 3 punti percentuali.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 228 di 250

Obiettivo Operativo:	C. 8 Qualità dell'assistenza ospedaliera: area materno-infantile			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.8.1. Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	**Subindicatore 1)** % di tagli cesarei primari in maternità con n. parti <1.000 (soglia ≤ 21%) **Subindicatore 2)** % ricoveri età 0 in reparti medici x adulti= 0% 3) % ricoveri età 1-4 in reparti medici x adulti= 0% 4) % ricoveri età 5-14 in reparti medici x adulti= 0% 5) % ricoveri età 14-18 in reparti medici x adulti (soglia 2,3%) 6) % ricoveri età 0-5 in terapia intensiva= 0% **Subindicatore 3)** outcome ostetrico AOI	Soddisfatti i subindicatori 2 e 3 Non soddisfatto subindicatore 1) % tagli cesarei 2016=22,9%	100%
	Unità operative: Pediatria, Ostetricia-ginecologia Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	Note: Obiettivo raggiunto in quanto sono soddisfatti almeno 2 sub indicatori su 3			
Obiettivo Operativo:	C.9 Qualità dell'assistenza ospedaliera: area oncologica			0%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.9.4. Tempi di attesa per interventi per tumore al colon retto (indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	≤ 21,50 gg. media naz.le	41,9 gg	0%
	Unità operative: Chirurgia, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	Note: Obiettivo non raggiunto. Si rileva la criticità nella registrazione delle date di presa in carico del paziente e dell'intervento			
Obiettivo Operativo:	C.10 Qualità dell'assistenza ospedaliera: area medica			50%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.10.1. % ricoveri medici oltre soglia per i pazienti ≥ 65 anni (Patto per la salute 2010-2012) codice S.Anna C.14.4	≤ 3%	8,39%	0%
	Unità operative: Medicina, Neurologia, Geriatria, Lungodegenza, Riabilitazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	C.10.2. % ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	19,72%	100%
	Unità operative: Lungodegenza, Riabilitazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	Note: Obiettivo non raggiunto. Difficoltà delle UU.OO. di area medica di dimettere i pazienti verso reparti sub-acuti per la mancanza di disponibilità di posti letto.			
Obiettivo Operativo:	C.11 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.11.1. Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	Adempienza del questionario LEA a livello reg.le	Rispetto delle scadenze di invio dei flussi e qualità dei dati inviati	100%
	Unità operative: Pronto Socc. Ostetricia-gin. Pediatria, Riabilitazione, Psichiatria, Cure Primarie, SIAP, Direzione Medica di Presidio, SISP, SPISAL, Medicina Leg. Area A,B,C; Monitoraggio Att. Amm Osp-terr			
	Note: Obiettivo raggiunto			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 229 di 250

Obiettivo Operativo:	C.12 Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico			33%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.12.1. Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto			
	A.1.1 Quota assistiti in trattamento con PPI senza criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota 1 e Nota 48 sul totale degli assistiti in trattamento con PPI	Anno 2015: 50% Valore soglia: ≤ 20%	52% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	Unità operative: Chirurgia, ORL, Ortopedia, Urologia, Ostetricia-gin., Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Geriatria, Lungodegenza, Riabilitazione, SPDC, Psichiatria, SIAP			
	A.2.1 Quota assistiti trattati con antagonisti dell'angiotensina II trattati con farmaci a brevetto scaduto	Anno 2015: 79% Valore soglia: ≥ 90%	77% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.2.2. Quota assistiti in trattamento con antipertensivi in associazione fissa con calcio antagonista che non provengono dagli stessi principi attivi in monoterapia o dall'associazione estemporanea degli stessi principi attivi	Anno 2015: 85% Valore soglia: 10%	85% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.3.1. Quota assistiti senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine a bassa potenza	Anno 2015: 47% Valore soglia: ≥ 90%	44% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.3.2. Quota assistiti con pregresso evento CV o diabete trattati con statine ad alta potenza	Anno 2015: 57% Valore soglia: ≥ 90%	63% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	100%
	A.3.2.1. Quota assistiti con pregresso evento CV o diabete trattati con statine ad alta potenza ancora coperte da brevetto che non provengono da statine ad alta potenza a brevetto scaduto per almeno 6 mesi	Anno 2015: 92% Valore soglia: 0%	92% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.3.3. Quota assistiti in trattamento con statine occasionali al trattamento	Anno 2015: 5% Valore soglia: ≤ 2%	5% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.3.4. Quota assistiti in trattamento con statine aderenti al trattamento	Anno 2015: 50% Valore soglia: ≥ 60%	53% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	100%
	A.3.5. Quota assistiti con pregresso evento CV o diabete trattati con statine	Anno 2015: 60% Valore soglia: ≥ 70%	62% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.3.6. Quota assistiti ultra ottantenni senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine	Anno 2015: 74% Valore soglia: ≤ 60%	76% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	Unità operative: Cure Primarie, Farmacia			
	A.4.1. % dei pazienti sottoposti ad intervento ortopedico maggiore con durata della terapia con EBPM o fondaparinux superiore a 45 gg	Anno 2015: 42% Valore soglia: 0%	42% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	100%
	Unità operative: Ortopedia, Farmacia			
	A.5.1. DDD eritropoietina biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica B03XA altri preparati antianemici= >70%	Anno 2015: 23% Valore soglia: ≥ 90%	32% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	100%
	Unità operative: Nefrologia, Cure Primarie, Farmacia			
	A.5.2. DDD filgrastim biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata,consumi ospedalieri sul totale DDD farmaci appartenenti alla categoria terapeutica L03AA fattori di stimolazione delle colonie=>95%	Anno 2015: 83% Valore soglia: 100%	87% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	A.5.3. DDD di somatropina biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica H01AC01 somatropina= > 25%	Anno 2015: 7% Valore soglia: ≥ 30%	7% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
	Unità operative: Cure Primarie, Farmacia			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 230 di 250

	A.5.4. DDD di infliximab biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica L04AB02 infliximab= > 10%	Annp 2015: 25% Valore soglia: ≥ 30%	86% (ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	100%
	Unità operative: Medicina, Cure Primarie, Farmacia			
	Note: L'indicatore si ritiene soddisfatto se vengono mantenute le soglie già soddisfatte o migliorate di almeno il 5% rispetto al 2015. Secondo gli ultimi dati disponibili risultano soddisfatti o migliorati 5 indicatori su 15.			
Obiettivo Operativo:	**C.13 Sperimentazione clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.13.1. Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti)	≥ 500	863 (valore al 30/09/2016)	100%
	Unità operative: Farmacia			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	**E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:**		**40%**	**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	**E.2 Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante**			**0%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	E.2.1. Ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard	Tasso di utilizzo < al "best 11" del 2015 in tutte le branche oppure riduzione del 20% rispetto allo scostamento dal "best 11" in due branche e il mantenimento nelle altre	**Psichiatria** valore soglia 96,33 risultato 104,73 **Chirurgia Plastica** valore soglia 14,66 risultato 13,65	0%
	Unità operative: SPDC, Psichiatria			
	Note: Obiettivo non raggiunto. Tra le due branche scelte solo Chirurgia Plastica raggiunge l'obiettivo. Delle 27 branche rimanenti: 18 migliorano rispetto al 2015 e 9 peggiorano rispetto al 2015.			
Obiettivo Operativo:	**E.3 Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	E.3.2. Predisposizione di azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	Azioni per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva	Attivata a livello distrettuale la segnalazione agli MMG e specialisti delle prescrizioni inappropriate	100%
	Unità Operative: Cure primarie			
	Note: Obiettivo raggiunto			

Obiettivo strategico	F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario: digitalizzazione delle informazioni Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 75%	Ambito obiettivo: digitalizzazione

Obiettivo Operativo: F.2 Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici — 100%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
F.2.1. Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	Verbali PS ≥ 92% Lettere dimissione= 97% Referti ≥ 93% Verbale operatorio= 90% Per Anatomia pat. adozione codifica NAP e produzione flusso per registro tumori	Verbali PS, Lettere dimissione, Referti servizi= 100% Verbale operatorio: operativo da novembre	100%

Unità operative: Chirurgia, Ortopedia, Chirurgia Artroscopica, P.S, Anestesia e rian., Urologia, Oculistica, ORL, Ostetricia e gin., Pediatria, Cardiologia, Geriatria, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Anatomia pat., Laboratorio an., Radiologia, Riabilitazione, Lungodegenza, Neurologia, SPDC

Note: Obiettivo raggiunto

Obiettivo Operativo: F.3 Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea — 100%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
F.3.1. % ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	(≥ 95%) ≥ 90%	93%	100%

Unità operative: Chirurgia, Ortopedia, Chirurgia Artroscopica, P.S, Urologia, Oculistica, ORL, Ostetricia e gin., Pediatria, Cardiologia, Geriatria, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Diabetologia, Riabilitazione, Lungodegenza, Neurologia, SPDC

Note: Nel corso del 2016 la Regione ha modificato il valore soglia portandolo dal 95% al 90% per cui l'obiettivo risulta raggiunto.

Obiettivo Operativo: F.4 Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari — 0%

Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
F.4.d) Flusso consumi farmaci (DDF3 e FAROSP): % di spesa rilevata nei flussi rispetto ai modelli CE	≥ 90%	97%	100%
F.4.e) Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	100%	100%	100%
F.4.f) Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 70%	95%	100%
F.4.g) Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	99%	100%
F.4.h) Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 70%	5%	0%
Unità operative: Farmacia			
F.4.i) Flusso Assistenza Protesica: % della spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica rispetto alla spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica	≥ 70%	98%	100%
Unità operative: Direzione Distretto Unico			
Note: Obiettivo non raggiunto in quanto tutti gli indicatori devono essere soddisfatti simultaneamente.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 232 di 250

Obiettivo Operativo:	F.5 Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	F.5.1. Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	Rispetto delle scadenze e invio del flusso senza errori bloccanti	Scadenze rispettate	100%
	F.5.2. Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera in area disabili	Flusso senza errori bloccanti e implementazione del flusso nel sistema Arcipelago	Sistema Atlante inserimento utenti disabili secondo indicazioni reg.li e censiti nel sistema Arcipelago	100%
	Unità operative: Servizi Integrati alla persona			
	F.5.3. Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extraospedaliera	Flusso senza errori bloccanti e invio entro aprile 2017	Scadenza invio e struttura flusso rispettate	100%
	F.5.4. Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale delle demenze e raccolta dei flussi informativi per la costruzione del registro regionale	Utilizzo della cartella CaCEDem per tutti i pazienti che accedono al CDCD Aziendale.	Utilizzo CACEDEM su 11% dei pazienti (53 su 486). Richiesto a sistemi informativi passaggio dati da Eris a CACEDEM	100%
	Unità operative: Servizi Integrati alla persona, Neurologia, Lungodegenza			
	F.5.5. Tempistica di emissione e pagamento dell'impegnativa di cura domiciliare	Rispetto della tempistica dei pagamenti	Rispetto della tempistica dei pagamenti prevista dalla Regione	100%
	Unità operative: Servizi Integrati alla persona			
	Note: Obiettivo raggiunto			

OBIETTIVI D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015

AREA STRATEGICA	TECNICO - AMMINISTRATIVA			
Prospettiva	ECONOMICO-FINANZIARIA			
Obiettivo strategico	B.a) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	B.1 Riduzione dei prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	B.1.1. Utilizzo prezzi minori o uguali al prezzo unitario di riferimento regionale (ove presente) nell'acquisizione di principi attivi, dispositivi medici, nonché dei servizi di lavanderia, pulizia e ristorazione nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016 anche a titolo di negoziazione o rinnovo	Prezzo effettivo dei contratti deve essere inferiore o uguale a quello di riferimento per i contratti sopra soglia del 2016	Stipulato solo un contratto oltre soglia comunitaria (protesi ortopediche). I prezzi applicati rispettano quelli previsti dall'OPRVE	100%
	Unità operative: Provveditorato e logistica			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	D.1. Rispetto del tetto di costo del personale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	D.1.1. Rispetto del limite di costo	Totale Aziendale € 92.832.000	€ 91.983.316,88	100%
	Unità operative: Gestione del personale			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	D.2) Equilibrio economico-finanziario Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	D.2 b) Rispetto del budget di spesa assegnato			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto del budget di spesa assegnato	Rispetto del budget di spesa assegnato	Budget Valutato: € 83.192.515,06 Consuntivo: € 78.461.985,35 % incidenza 94,31%	100%
	Unità operative: Affari gen., Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Gestione del Personale, Controllo di gestione, Coordinamento Ospedale Unico Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Direzione Distretto Unico, Serv integrati alla persona, SISP, Dipendenze - *come centri ordinatori*			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	D.2.4. Rispetto dei tempi di pagamento programmati			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori	≤ 0	-0,36	100%
	Unità operative: Affari gen., Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Gestione del Personale, Contabilità e bilancio, Coordinamento Ospedale Unico Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Direzione Distretto Unico, Serv integrati alla persona, SISP, Dipendenze - come centri ordinatori			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	D.4 Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	D.4.1. Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri) (punto sottratto a D.1.1)	€ 4.397.200,00	€ 4.380.146,75	100%
	Unità operative: Attività amm. Ospedale-territorio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva	DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE			
Obiettivo strategico	B.b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo:
Obiettivo Operativo:	B.2. Contabilità analitica e Modello LA			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	B.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale	Rispetto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali	Rispettate scadenze	100%
	Unità operative: Controllo di Gestione			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Rispettati i tempi di istruttoria e inserimento dati in SIMES	100%
	Unità operative: Affari generali			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo:
Obiettivo Operativo:	C.11 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	C.11.1. Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA	Adempienza del questionario LEA a livello reg.le	Rispetto delle scadenze di invio dei flussi e qualità dei dati inviati	100%
	Unità operative: Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Att. Amm. Ospedale-terr., Provveditorato e logistica, Sistemi Informativi			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo strategico	E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo:
Obiettivo Operativo:	E.3. Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	E.3.1. Verifica della presenza del quesito diagnostivo	90%	Attivata a livello distrettuale la segnalazione agli MMG e specialisti delle prescrizioni inappropriate **% di errori 2,6%; presenza questito 97,4%**	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Obiettivo raggiunto			

Obiettivo strategico	**F.a) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario: digitalizzazione delle informazioni** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:** 80%			**Ambito obiettivo:** digitalizzazione
Obiettivo Operativo:	**F.1. Completezza e tempestività del flusso SDO**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	F.1.2. Risoluzione anomalie di registrazione del regime di ricovero	Controlli di coerenza tra data amm., intervento, dimissione, regime e numero accessi	Controllo informatizzato di coerenza effettuato nell'inserimento dati della cartella clinica	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**F.2. Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	F.2.2. Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati	Attivazione procedure di raccolta dei consensi e adeguamento alle specifiche regionali su FSE	Disponibilità dei documenti su FSE= sì	100%
	F.2.3. % di indicizzazione del patient summery sul totale della popolazione individuata	≥ 30%	Obiettivo sospeso dalla Regione Veneto	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note:			
Obiettivo Operativo:	**F.3 Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	F.3.2. % ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	≥ 95%	100%	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**F.4 Qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari**			**0%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	F.4.a) Flusso consumi DM: % di spesa DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	≥ 90%	101%	100%
	F.4.b) Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	96%	0%
	F.4.c) Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	≥ 50%	n.d.	n.d
	Unità operative: Provveditorato e logistica, Sistemi Informativi			
	F.4.g) Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	99%	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	F.4.h) Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 70%	5%	0%
	Unità operative: Provveditorato e logistica, Sistemi Informativi			
	F.4.i) Flusso Assistenza Protesica: % della spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica rispetto alla spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica	≥ 70%	98%	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Obiettivo non raggiunto in quanto tutti gli indicatori devono essere soddisfatti simultaneamente.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 236 di 250

Obiettivo Operativo:	F.5. Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali		100%
Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
F.5.1. Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	Rispetto delle scadenze e invio del flusso senza errori bloccanti	Scadenze Rispettate	100%
Unità operative: Sistemi informativi			
Note: Obiettivo Raggiunto			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 237 di 250

OBIETTIVI TRASVERSALI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

AREA STRATEGICA	SOCIO SANITARIA			
Prospettiva	ECONOMICO FINANZIARIA			
Obiettivo strategico	D.2) Equilibrio economico-finanziario Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 94,30%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	AZ 1. Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari			94,3%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rilevazione entro i termini previste dal calendario delle rilevazioni	Rispetto dei tempi previsti dal calendario delle rilevazioni	Per 200 centri di costo su 212 è stata rispettata la scadenza prevista e/o sono state rilevate le giacenze	94,3%
	Unità Operativa: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, D.S. multidisciplinare, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, Anestesia Rian., PS, Radiologia, Pediatria, Ostetricia e gin., Cardiologia, Medicina, Oncologia, Nefrologia, Diabetologia, Lungodegenza, Neurologia, Rec. Riabilitazione, Anatomia Pat., Laboratorio an., Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiatria, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot., Serv. Inf., Serv integrati alla persona, Direzione distretto unico			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. La causa del mancato raggiungimento dell'obiettivo deriva dalla parziale rilevazione delle giacenze (non è stata rilevata in tutti i centri di costo) oppure dall'errata attribuzione al centro di costo (rilevazione delle giacenze eseguita su tutti i centri di costo ma il caricamento nella procedura informatica è avvenuto solo su un centro di costo).			

Prospettiva	DEI PORTATORI DI INTERESSI			
Obiettivo strategico	1) Benessere Organizzativo Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ 5. Rilevazione del livello di Benessere organizzativo			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Somministrazione del questionario sul benessere organizzativo	Area territoriale: entro il 18 marzo 2016	Questionario somministrato entro il 18 marzo 2016	100%
	Unità Operativa: Psichiatria, Direzione Distretto, Cure Primarie, Dipendenze, SIAP, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina Legale, Area A, B, C.			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo strategico	2) Rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 91%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ. 22 Predisposizione delle attività necessarie al rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002			91%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Realizzare per la parte di competenza, gli Audit clinici sui PDTA nuovi per I.C. e sui PDTA revisionati provvedendo al necessario aggiornamento e diffusione	Presenza dei rapporti di audit	12 strutt. hanno raggiunto l'obiettivo 17 strutt. hanno ragg. parzialmente l'obiettivo % **raggiugimento compl.: 54%**	82%
	Collaborazione e partecipazione attiva, per la parte di competenza, agli audit (visite di verifica) di seconda parte: adesione ai requisiti generali e specifici della L.R. 22/2002	Presenza dei rapporti di audit e schede dei requisiti compilate	Tutte le strutture hanno raggiunto l'obiettivo al **100%**	
	Produrre le evidenze aggiornate relative alle schede dei requisiti generali e specifici LR 22/2002: Verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti attraverso il monitoraggio degli indicatori	Presenza dei report di monitoraggio	23 strutt. hanno raggiunto l'obiettivo 8 strutt. hanno ragg. parzialmente l'obiettivo % **raggiugimento compl.: 81%**	
	Attivare ed implementare i progetti di miglioramento in risposta alle criticità e azioni correttive rilevate dai monitoraggi degli indicatori e rilevazione di NC dei processi	Presenza dei progetti di miglioramento	26 strutt. hanno raggiunto l'obiettivo 5 strutt. hanno raggiunto parzialmente l'obiettivo % **raggiugimento compl.: 85%**	
	Unità Operativa: Urologia, Ortopedia, ORL, Oculistica, Chirurgia, DS multidisc., PS, Anestesia e Rian., Ostetricia e gin., Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Gastroenterologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione, Anatomia pat., Laboratorio an., Radiologia, SIT, Psichiatria, SPDC, Direzione Distretto unico, Dipendenze, Servizi integrati alla persona, Cure primarie, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Aree Vet.: A,B,C, DMPO			
	Collaborazione e partecipazione attiva, per la parte di competenza, nella condivisione delle evidenze ai requisiti generali compilati una sola volta per tutta l'Azienda da presentare in sede di riunione iniziale al GTM regionale	Presenza del documento predisposto da Qualità e governo clinico compilato nella parte di competenza e partecipare alla verifica di accreditamento	100%	100%
	Unità Operativa: Farmacia, Prevenzione e prot., Professioni sanitarie			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 238 di 250

Obiettivo strategico	5) Prevenzione della corruzione Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 88,90%	Ambito obiettivo: standard di qualità

Obiettivo Operativo:	AZ. 10 Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti publici quantificazione dei bisogni - Definire i criteri adottati dalla Commissione tecnica aziendale dei dispositivi medici per valutare l'acquisto degli stessi.			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza di istruzione operativa di definizione dei criteri; predisposizione dei verbali con evidenza dei criteri di valutazione per l'autorizzazione all'acquisto	n. Richieste di valutazione/n. verbali con evidenza dei criteri=1	I criteri utilizzati nella formulazione dei pareri sono inseriti nei verbali di riunione. L'istruzione operativa è demandata al tavolo tecnico provinciale.	100%
	Unità Operativa: Farmacia			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 13 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: fatture attive - Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione (diviso per area gestionale) sulla base del nuovo nomenclatore tariffario dell'area prevenzione	Fatture attive dipartimento di prevenzione: 2016>2015	Caricato il nuovo nomenclatore tariffario nel gestionale FAT_DIP comprese le prestazioni del SIAN, SPISAL, SISP e Medicina Legale. Caricate a CUP le prestazioni richieste da utenti privati per cui è possibile attivare una sorta di "prenotazione" pagando in anticipo la prestazione evitando il pagamento attraverso il bollettivo popstale. Attività conclusa.	100%
	Unità Operativa: SISP, SIAN, SPISAL, Medicina Legale, Area A,B,C			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 16 Prevenzione della corruzione: area vigilanza/controlli/ispezioni/ sanzioni: controllo luoghi di lavoro - Revisione delle procedure SPISAL			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Aggiornamento procedure dello SPISAL inserendo specifici riferimenti alle modalità di contenimento e/o riduzione del rischio di uso arbitrario di discrezionalità nella progr.ne e realizzazione dei controlli nei luoghi di lavoro. Inserimenti di specifici indicatori	n. procedure esistenti/n. procedure revisionate=1	In ambito regionale è stata avviata la predisposizione di una procedura standard per il contenimento del rischio corruzione nelle attività di vigilanza. Gli SPISAL della provincia di Padova hanno inoltrato in Regione una proposta di integrazione/modifica della matrice dei rischi. Non ancora pervenuto dalla Regione il documento definitivo.	100%
	Unità Operativa: SPISAL			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 18 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: gestione delle scorte - Definizione di un progetto di gestione delle scorte per la riduzione dei farmaci scaduti			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Verifica di congruità tra carico e scarico in reparto	costo farmaci scaduti 2016<2015	Farmaci scaduti resi da reparto anno 2015 € 15.778,34 anno 2016 € 7.976,22	100%
	Unità Operativa: Farmacia			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 19 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somm.ne farmaci in casa di Riposo - Definizione di un sistema di controllo somm.ne farmaci presso una casa di riposo			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Verbali incontri per l'avvio di un sistema di controllo nelle case di riposo	n. incontri/n. verbali= 1	Verbalizzato incontro tra Disabilità e Farmacia per la definizione delle modalità di attuazione del progetto. Incontro con Fondazione S. Tecla che si è resa disponibile per l'attuazione della sperimentazione.	100%
	Unità Operativa: Direzione Distretto Unico, Servizi integrati alla persona			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 20 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somm.ne farmaci in ospedale - Definizione di un sistema di controllo somm.ne individuale farmaci in ospedale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza del sistema informatico di prescrizione/ somm.ne del farmaco attraverso l'utilizzo del braccialetto identificativo del paziente	Prescritto/somministrato=1 Sperimentazione avviata in un reparto chirurgico e in uno dell'area medica	Predisposta procedura aziendale "procedura per la riconciliazione della terapia farmacologica in ambito ospedaliero". Non è stata avviata la sperimentazione in quanto la messa a punto del software è avvenuta a metà novembre 2016.	100%
	Unità Operativa: Farmacia			
	Note: Obiettivo Raggiunto in quanto le attività di competenza sono state concluse.			
Obiettivo Operativo:	AZ. 21 Prevenzione della corruzione: area libera prof.ne: negoziazione prestazioni - Attivazione controlli semestrali sulla turnazione dei dirigenti aventi diritto per l'erogazione di prestazioni aggiuntive			0%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza del report semestrale di controllo sui dirigenti aventi diritto	N. 2 report di controllo su tutte le attività che prevedono l'erogazione di prestazioni aggiuntive	Predisposta la procedura aziendale "POA-DMO-15 (vedi Ob. AZ.23). I parametri di controllo sono inseriti nella procedura che sarà operativa a partire dal 2017. Non sono stati predisposti i report di controllo attivabili solo dal 2017.	0%
	Unità Operativa: Direzione medica di Presidio			
	Note: Obiettivo non Raggiunto in quanto non sono stait attivati i report di controllo.			
Obiettivo Operativo:	AZ. 23 Prevenzione della corruzione: area libera prof.ne: negoziazione prestazioni - Definizione di una procedura che definisca modalità e criteri per il contenimento del rischio di preferenza di alcuni soggetti nella negoziazione di prestazioni in libera professione - mancata trasparenza nella procedura di assegnazione			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Definizione della procedura per la negoziazione di prestazioni in libera professione	Procedura pubblicata nel sistema qualità aziendale	Predisposta procedura aziendale POA-DMO-15 Libera Professione d'azienda sulla negoziazione e verifica della corretta turnazione dei dirigenti medici.	100%
	Unità Operativa: Direzione medica di Presidio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	AZ. 24 Prevenzione della corruzione: area liste di attesa: assegnazione - Attivazione controlli semestrali sugli appuntamenti con forzature manuali e verifica delle giustificazioni			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza di report semestrale di controllo su prestazioni effettuate ma non prenotate per agenda	N. 2 report di controllo sulle prestazioni erogate ma non prenotate di tutte le agende	Predisposto report finale annuale con le prestazioni effettuate per mese con evidenza di quelle inserite con forzatura.	100%
	Unità Operativa: Direzione medica di Presidio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva	**DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE**	
Obiettivo strategico	E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatorali Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%	**Ambito obiettivo:** standard di qualità

Obiettivo Operativo:	AZ. 50 Prenotazione della visita di controllo dopo la prima visita da parte dello specialista - solo per i controlli entro i sei mesi			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Aumento del numero di prenotazioni delle visite di controllo	N. prenotazioni 2016 > 2015	N. visite di controllo prenotate dallo specialista: 2015 = 27.218 2016 = 30.141 **+ 2.923; +10,74%**	100%
	Unità operative: Chirurgia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia, Chirurgia artroscopica, Anestesia e Rianimazione, Ostetricia-gin. Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Lungodegenza, Riabilitazione, SPDC			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo strategico	**3) Appropriatezza prescrittiva farmaceutica** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 76,40%**			**Ambito obiettivo:** contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	**AZ.48 Appropriatezza della prescrizione farmaceutica**			**52,7%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	quota di pazienti trattati con insulina glargine biosimilare sul totale dei pazienti trattati con insulina glargine	100% dei pazienti naive trattati con biosimilare	assistiti trattati con biosimilare 86 su 359 pari al 24%	24%
	Unità operative: Diabetologia, Farmacia			
	Utilizzo dei farmaci nell'ipertrofia prostatica (ATC=G04CA, G04CB): quota di assistiti trattati con farmaci a brevetto scaduto	90% dei pazienti naive trattati con farmaci a brevetto scaduto sul totale pazienti naive	n. pazienti naive trattati con farmaci a brevetto scaduto 520 su un totale di pazienti naive pari a 1713 = 30,4%	34%
		70% dei pazienti trattati con farmaci a brevetto scaduto sul totale dei pazienti trattati	n. pazienti trattati con farmaci a brevetto scaduto 5961 su un totale di pazienti trattati pari a 4692 = 78,7%	100%
	Unità operative: Urologia, Farmacia			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto non è stato soddisfattto l'indicatore relativo ai pazienti trattati con insulina biosimilare e quello relativo ai pazienti naive trattati dall'urologia con farmaco a brevetto scaduto.			
Obiettivo Operativo:	**AZ. 49 Appropriatezza della prescrizione farmaceutica: farmaci ad alto costo**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	quota di assistiti trattati con interferoni beta nella sclerosi multipla	diminuire il n. pazienti, rispetto al 2015, trattati con REBIF o motivare dettagliatamente per paziente la scelta rispetto all'utilizzo di inteferoni beta con costo-terapia molto inferiore	Nell'anno 2016 nessun nuovo paziente è stato iniziato a REBIF	100%
	Unità operative: Neurologia, Farmacia			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo strategico	**4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio - Non conformità** **Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%**			**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	**AZ. 51 Compimento delle attività necessarie per la risoluzione delle Non Conformità rilasciate dal GTM regionale per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Risolvere le Non Conformità trasmesse con apposita nota. Tempi di adeguamento: 6 mesi/anno	Presenza dei documenti che attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze di competenza	100%
	Unità operative: Pronto Socc., Lungodegenza, Riabilitazione, Anatomia Pat., Laboratorio an., Radiologia, SIT, SPDC, Psichiatria, Cure Primarie, Dipendenze, DMPO, SIAP			
	Risolvere le Non Conformità trasmesse con nota prot. 219200 del 27/1/2016 "rivedere l'organizzazione interna in relazione all'utilizzo degli spazi/locali deposito per materiale pulito, attrezzature, materiale sporco, materiale per pulizie." Tempi di adeguamento: 6 mesi	Presenza dei documenti che attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze di competenza	100%
	Unità operative: Chirurgia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia, Day Surgery, Pronto Socc., Anestesia Rian., Ostetricia gin., Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Riabilitazione, Anatomia pat., Laboratorio an., Radiologia, SIT, SPDC, DMPO			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva	DI APPRENDIMENTO E CRESCITA: SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO, INFORMATIVO ED ORGANIZZATIVO			
Obiettivo strategico	P. Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 84,6%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	AZ.2 Gestione delle ferie maturate e non godute e budget delle ore straordinarie			84,6%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Riduzione delle ferie materate e non godute	Fruizione del 100% delle ferie degli anni precedenti e del 30% o 50% delle ferie spettanti del 2016 (rispetto al risultato ottenuto nel 2015)	Ferie da fruire: 65.127 gg Ferie fruite: 60.114 gg	92,3%
	Unità Operative: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, DS Multidisc., Oculistica, ORL, Anestesia Rian., PS, Radiologia, Pediatria, Ostetricia e gin., Cardiologia, Medicina, Oncologia, Nefrologia, Diabetologia, Lungodegenza, Neurologia, Gastroenterologia, Rec. Riabilitazione, Anatomia Pat., Laboratorio an., Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiatria, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot., Professioni san., Direzione distretto unico, Serv integrati alla persona			
	Dirigenza Medica: rispetto delle indicazioni contenute nel Regolamento aziendale sull'orario di servizio e di lavoro del 28/6/2011	Dirigenza medica: rispetto delle indicazioni contenute nel Regolamento aziendale sull'orario di servizio e di lavoro del 28/6/2011	Rispetto delle indicazioni previste dal regolamento aziendale.	100%
	Comparto: rispetto del budget delle ore straordinarie assegnato	Comparto: rispetto del budget delle ore straordinarie assegnato	5 strutture su 13 non hanno rispettato il budget assegnato	61,5%
	Unità Operative: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, DS Multidisc., Oculistica, ORL, Anestesia Rian., PS, Radiologia, Pediatria, Ostetricia e gin., Cardiologia, Medicina, Oncologia, Nefrologia, Diabetologia, Lungodegenza, Neurologia, Gastroenterologia, Rec. Riabilitazione, Anatomia Pat., Laboratorio an., Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiatria, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot., Professioni san., Direzione distretto unico, Serv integrati alla persona			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto in parte perché non sono stati fruiti i giorni di ferie previsti ed in parte perché alcune strutture non hanno rispettato il budget assegnato relativo alle ore straordinarie.			
Obiettivo strategico	P.1 Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 95,8%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ. 41 Formazione di base su TESI (nuovo sistema informatico di Anatomia patologica) del personale del comparto			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	% del personale del comparto formato	≥ 60%	Tutto il personale è stato formato all'uso del sistema TESI	100%
	Unità operative: Anatomia Patologica			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	AZ. 42 Gestione centralizzata del POCT Conselve - Montagnana			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Procedura operativa sulla gestione del POCT Formazione del personale del Comparto	presenza di procedura operativa personale del comparto formato almeno 60 %	La procedura operativa è stata prodotta e 70% del personale è in garado di utilizzare il sistema POCT	100%
	Unità operative: Laboratorio Analisi			
	Note: Obiettivo raggiunto			
Obiettivo Operativo:	AZ. 43 Integrazione personale infermieristico dei servizi diagnostici: Radiologia, Laboratorio e Trasfusionale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	% personale infermieristico formato	> 40% del personale che ha effettuato l'integrazione tra le UU.OO Laboratorio e SIT	il 50% del personale infermieristico ha effettuato il turnover nelle due U.O., SIT e Laboratorio analisi.	100%
	Unità operative: Laboratorio analisi, SIT			
	% personale infermieristico formato per le specifiche funzioni	> 70% del personale formato per le specifiche funzioni (rotazione funzionale)	80% del personale della Radiologia è formato per le specifiche funzioni (rotazione funzionale, vedi piani di lavoro)	100%
	Unità operative: Radiologia			
	Note: Obiettivo raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ. 45 Implementazione del modello del modular nursing			85%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Progetto sperimentale di modular nursing su una U.O. area chirurgica e area medica	Presenza del modular nursing entro il 31/12/2016	Per **l'U.O. Medicina raggiunto al 100%** Implementato il progetto, effettuata la formazione a tutto il personale del compato, modulato l'assetto organizzativo con 5 settori da 9-10 p.l., istituito gruppo di lavoro per l'integrazione fra infermiere e oss e programmati incontri periodici per la stesura/revisione P.O. Per l'**U.O. Ortopedia raggiunto al 70%** Stesa bozza del progetto con analisi organizzativa ed aspetti peculiari, effettuata formazione di tutto il personale del comparto, rimodulato l'assetto organizzativo in 4 settori da 10-11 p.l. implementando il modular nursing solo nel turno del mattino, istituzione gruppo di lavoro per il proseguo della progettualità.	85%
	Unità operative: Ortopedia, Medicina, Professioni Sanitarie			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto il progetto non è stato completamente avviato nell'U.O. di Ortopedia.			

Obiettivo Operativo:	AZ. 46 Gestione delle risorse umane: 1) predisposizione della turnistica del personale del comparto per ottemperare all'art. 14, comma 1 della L. 161/2014 2) collaborazione con il coordinatore dip.le per la creazione di un cruscotto per il monitoraggio dei dati del personale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	1) Implementazione matrici di turno su H24 che coniugano la L. 161/2014, l'organizzazione delle UU.OO., il modello organizzativo adottato 2) implementazione del cruscotto dip.le per: turnistica di base, pronta disponibilità, contingenti minimi	1) Presenza della turnistica sperimentale con le matrici definite per le UU.OO. H24 2) presenza nel cruscotto dip.le dei dati del personale dell'U.O.	Predisposta turnistica del personale del comparto in tutte le U.O. coinvolte nel rispetto delle norme di legge. Predisposti cruscotti dipartimentali dei dati del personale delle UU.OO.	100%
	Unità operative: Chirurgia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia, Pronto Socc., Anestesia Rian., Ostetricia gin., Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Geriatria, Lungodegenza, Riabilitazione, Anatomia pat., Laboratorio an., Radiologia, SIT, SPDC, Professioni sanitarie			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Obiettivo Operativo:	AZ.47 Implementazione della documentazione clinico-assistenziale infermieristica			90%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza della documentazione clinico-assistenziale	Attivazione documentazione clinico-assistenziale entro il IV° trim. 2016	Dal 25 ottobre 2016 è stato avviato l'utilizzo in modo esclusivo del software Engeenering per la gestione della documentazione clinico assistenziale.	90%
	Unità operative: Anestesia e Rianimazione			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto a causa di criticità riscontrate durante l'utilizzo del programma che i sistemi informativi stanno cercando di risolvere.			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 243 di 250

OBIETTIVI TRASVERSALI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

AREA STRATEGICA	TECNICO - AMMINISTRATIVA			
Prospettiva	ECONOMICO-FINANZIARIA			
Obiettivo strategico	D.2) Equilibrio economico-finanziario Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 91,3%			Ambito obiettivo: contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	AZ 1. Rilevazione informatizzata delle giacenze di beni sanitari e non sanitari			88,9%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Rilevazione entro i termini previste dal calendario delle rilevazioni	Rispetto dei tempi previsti dal calendario delle rilevazioni	Per 32 centri di costo su 36 è stata rispettata la scadenza prevista e/o sono state rilevate le giacenze	88,9%
	Unità operative: Affari gen., Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Sistemi informativi, Coordinamento Ospedale Unico			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. La causa del mancato raggiungimento dell'obiettivo deriva dalla parziale rilevazione delle giacenze (non è stata rilevata in tutti i centri di costo) oppure dall'errata attribuzione al centro di costo (rilevazione delle giacenze eseguita su tutti i centri di costo ma il caricamento nella procedura informatica è avvenuto solo su un centro di costo).			
Obiettivo Operativo:	AZ 3. Adempimenti amministrativo-contabili			88%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Predisposizione del Bilancio Economico Preventivo: invio dei dati per la redazione del BEP nei termini previsti per il rispetto delle scadenze. Predisposizione di apposita relazione sui dati forniti	Bilancio Economico Preventivo: invio dei dati per la redazione del BEP nei termini previsti per il rispetto delle scadenze. Predisposizione di apposita relazione sui dati forniti	43 indicatori su 48 risultano raggiunti	95,6%
	A cadenza trimestrale invio dei dati per: a) la redazione del CECT per i conti di competenza b) la redazione del CEPA aggiornato rispetto alle previsioni di BEP nei termini previsti per il rispetto delle scadenze e predisposizione di apposita relazione sui motivi di scostamento rispetto alla previsione	A cadenza trimestrale invio dei dati per: a) la redazione del CECT per i conti di competenza b) la redazione del CEPA aggiornato rispetto alle previsioni di BEP nei termini previsti per il rispetto delle scadenze e predisposizione di apposita relazione sui motivi di scostamento rispetto alla previsione	85 indicatori su 96 risultano raggiunti	88,5%
	Chiusura del Bilancio di esercizio: completezza dei dati inviati per la stesura del Bilancio e rispetto dei tempi previsti dal calendario di bilancio; predisposizione della relazione ai dati di Bilancio secondo lo schema previsto dal D. Lgs 118/2011	Chiusura del Bilancio di esercizio: completezza dei dati inviati per la stesura del Bilancio e rispetto dei tempi previsti dal calendario di bilancio; predisposizione della relazione ai dati di Bilancio secondo lo schema previsto dal D.Lgs.118/2011	73,5 scadenze su 92 risultano rispettate	79,9%
	Unità operative: Affari gen., Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Coordinamento Ospedale Unico Direzione Distretto unico, Servizi integrati alla persona, Dipendenze, SISP, DMPO, Farmacia - come centri ordinatori			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. Alcune strutture presentano difficoltà nel rispettare le scadenze soprattutto per quanto riguarda gli adempimenti relativi al calendariodi bilancio.			
Obiettivo Operativo:	AZ 4. Qualità dei dati di bilancio			96,9%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Emissione degli ordini preventivi a cadenza mensile: % ordini emessi fuori periodo di competenza sul totale degli ordini emessi del periodo	scostamento +/- 0,5%	1° trim. 2016 = -24,44% 2° trim. 2016 = +1,17% 3° trim. 2016 = +0,72% 4° trim. 2016 = +0,60%	93,27%
	% scostamento tra i dati forniti a CEPA III trimestre sui dati forniti a preconsuntivo		-1,80%	98,20%
	% scostamento tra i dati forniti a Preconsuntivo sui dati forniti a Bilancio di Esercizio		+0,83%	99,17%
	Unità operative: Affari gen., Gestione del personale, Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Coordinamento Ospedale Unico - Direzione Distretto Unico, Serv. Integrati alla persona, Dipendenze, SISP, DMPO, Farmacia - come centri ordinatori			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. Esistono ancora delle criticità sull'emissione degli ordini mensili/trimestrali e sulle previsioni di costo per l'aggiornamento del Bilancio Economico Preventivo.			

Prospettiva	DEI PORTATORI DI INTERESSI			
Obiettivo strategico	2) Rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ 22. Predisposizione delle attività necessarie per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della L.R. 22/2002			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Collaborazione e partecipazione attiva, per la parte di competenza, nella condivisione delle evidenze ai requisiti generali compilati una sola volta per tutta l'Azienda da presentare in sede di riunione iniziale al GTM regionale	Presenza del documento predisposto da Qualità e governo clinico compilato nella parte di competenza e partecipare alla verifica di accreditamento	Tutte le strutture dell'area amministrativa hanno raggiunto l'obiettivo	100%
	Unità operative: Affari gen., Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Sistemi informativi, Coordinamento Ospedale Unico			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo strategico	5) Prevenzione della corruzione Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 100%			Ambito obiettivo: standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ .7 Prevenzione della corruzione: area di rischio elaborazione stipendi - Controllo mensile sui caricamenti stipendiali			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza del timbro e firma dell'operatore che esegue il controllo sui documenti cartacei di caricamento voci stipendiali	n. evidenze di controllo/n. documenti aziendali = 1	Report mensili sui controlli effettuati	100%
	Assenza di modifiche manuali al file mensile stipendiale definitivo	n. flussi stipendiali modificati manualmente/n. flussi stipendiali inviati direttamente = 0	Il file di pagamento stipendi non può essere inviato direttamente in abnca da parte di SIGMA. E' d'obbligo il passaggio con la contabilità.	100%
	Unità operative: Gestione del personale			
	Note: L'obiettivo si intende raggiunto in quanto mancano attualmente gli strumenti informatici per la sua realizzazione			
Obiettivo Operativo:	AZ. 8 Prevenzione della corruzione: area di rischio conferimento incarichi - Richiesta autorizzazione alla Regione Veneto			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza della richiesta di autorizzazione alla Regione per avviso incarico struttura complessa	n. avvisi/n. richieste Regione= 1	Tutti gli avvisi per incarico di struttura complessa sono stati autorizzati dalla Regione.	100%
	Unità operative: Gestione del personale			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	AZ. 9 Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti publici pianificazione degli acquisti - Predisposizione del documento di programmazione degli acquisti di beni e servizi			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza del documento di programmazione annuale per l'acquisizione di beni e servizi	Documento adottato e pubblicato	Documento adottato con delibera n. 266 del 17/3/2016	100%
	Unità operative: Provveditorato e logistica, Gestione tecnica del patrimonio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	AZ. 11 Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti pubblici esecuzione del contratto - Monitoraggio esecuzione dei contratti			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Verbali su incontri formativi con i soggetti designati al monitoraggio; presenza attestazione di verifica del DES sulle fatture	n. fatture/n.attestazioni DES o RUP=1 n. fatture/n.attestazioni DES=1	Nomina DES presenti le attestazioni di verifica dei DES presenti le attestaaioni di verifica del RUP	100%
	Unità operative: Coordinamento ospedale unico, Gestione tecnica del patrimonio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 245 di 250

Obiettivo Operativo:	**AZ. 12 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: fatture passive - Definizione procedura aziendale relativa al ciclo passivo**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Predisposizione e pubblicazione procedura aziendale relativa al ciclo passivo	Procedura pubblicata nel sistema qualità aziendale	Predisposta la procedura aziendale relativa la ciclo passivo. L'iter descritto sarà totalmente rivisto a partire dal 2017 a seguito della nascita Ulss 6. Per tale motivo non si è ritenuto di pubblicarla secondo il sistema qualità.	100%
	Unità operative: Contabilità e bilancio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**AZ. 13 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: fatture attive - Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione (diviso per area gestionale) sulla base del nuovo nomenclatore tariffario dell'area prevenzione	Fatture attive dipartimento di prevenzione: 2016>2015	Caricato il nuovo nomenclatore tariffario nel gestionale FAT_DIP comprese le prestazioni del SIAN, SPISAL, SISP e Medicina Legale. Caricate a CUP le prestazioni richieste da utenti privati per cui è possibile attivare una sorta di "prenotazione" pagando in anticipo la prestazione evitando il pagamento attraverso il bollettivo popstale. Attività conclusa.	100%
	Unità operative: Contabilità e bilancio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**AZ. 14 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: rilevazioni di bilancio - Certificazione di bilancio: adesione al percorso regionale**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Partecipazione agli incontri regionali sulla certificazione di bilancio e tracciabilità dei flussi finanziari e contabili	n. convocazioni/n. partecipazioni agli incontri ≥ 70%	Su 8 convocazioni in Regione la partecipazione è stata garantita in 7 convocazioni pari all'88%	100%
	Unità operative: Contabilità e bilancio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo Operativo:	**AZ. 15 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: acquisto e locazione immobili - Definizione della procedura che espliciti i passaggi di locazione immobili**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Predisposizione della procedura sulla locazione degli immobili	Procedura pubblicata nel sistema qualità aziendale	L'azienda non può stipulare contratti di locazione. E' prevista solo la concessione in comodato d'uso gratuito o la concessione il locazione.	100%
	Unità operative: Gestione tecnica del patrimonio			
	Note: L'Obiettivo si ritiene raggiunto in quanto l'attività in oggetto non è attuabile.			
Obiettivo Operativo:	**AZ. 17 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: prescrizione farmaci - Raccolta dichiarazioni dei medici prescrittori ospedalieri**			**100%**
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Raccolta delle dichiarazioni sottoscritte dai medici prescrittori ospedalieri su modello agenas	n. dichirazioni sottoscritte/n. medici prescrittori ospedalieri > 50%	Adottata la modulistica proposta da AGENAS e condivisa con ANAC. La modalità di somministrazione della modulistica è stato demandato al tavolo provinciale. Per tale motivo l'obiettivo si ritiene raggiunto.	100%
	Unità operative: Affari generali			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Delibera del Direttore Generale n. 478 del 30-6-2017 - pagina 246 di 250

Obiettivo Operativo:	AZ. 20 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somm.ne farmaci in ospedale - Definizione di un sistema di controllo somm.ne individuale farmaci in ospedale			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Presenza del sistema informatico di prescrizione/ somm.ne del farmaco attraverso l'utilizzo del braccialetto identificativo del paziente	Prescritto/somministrato=1 Sperimentazione avviata in un reparto chirurgico e in uno dell'area medica	L'attività a carico dei Sistemi Informativi è stata attuata attraverso la messa a disposizione del Software di somministrazione sicura integrato con in magazzini e la cartella clinica	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva	**DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE**			
Obiettivo strategico	G) Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	**Ambito obiettivo:** contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	G.1. Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Predisposizione delibere per indizione gara d'appalto e per aggiudicazione gara d'appalto per l'affidamento dei lavori per la costruzione della nuova struttura per radioterapia	sottoscrizione contratto con la società incaricata per la realizzazione della nuova struttura per Radioterapia	Indizione gara d'appalto DL 306/2016 aggiudicazione e affidamento lavori DL 581/2016	100%
	Unità operative: Coordinamento Ospedale Unico			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Obiettivo strategico	4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio - non conformità Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	**Ambito obiettivo:** standard di qualità
Obiettivo Operativo:	AZ. 51 Compimento delle attività necessarie per la risoluzione delle Non Conformità rilasciate dal GTM regionale per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002			100%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Risolvere le Non Conformità trasmesse con apposita nota. Tempi di adeguamento: 6 mesi/anno anno	Presenza dei documenti che attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze di competenza	100%
	Risolvere le Non Conformità trasmesse con nota prot. 219200 del 27/1/2016 "rivedere l'organizzazione interna in relazione all'utilizzo degli spazi/locali deposito per materiale pulito, attrezzature, materiale sporco, materiale per pulizie." Tempi di adeguamento: 6 mesi	Presenza dei documenti che attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze di competenza	100%
	Unità operative: Coordinamento Ospedale unico, Gestione tecnica del patrimonio, Sistemi Informativi			
	Note:			

Prospettiva	**DI APPRENDIMENTO E CRESCITA: SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO, INFORMATIVO ED ORGANIZZATIVO**			
Obiettivo strategico	P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie, alle risorse aggiuntive e alle ferie del personale Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		75,70%	**Ambito obiettivo:** contenimento della spesa
Obiettivo Operativo:	AZ 2. Gestione delle ferie matuate e non godute e budget delle ore straordinarie			75,7%
	Indicatore:	**Target 2016**	**Consuntivo 2016**	**Grado di raggiungimento**
	Riduzione delle ferie materate e non godute	Fruizione del 100% delle ferie degli anni precedenti e del 30% o 50% delle ferie spettanti nel 2016	Ferie da fruire: 5.560 Ferie fruite: 4.701	84,6%
	Unità operative: Sistemi informativi, Affari generali, Gestione del personale, Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato e logistica, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Coordinamento ospedale unico			
	Comparto: rispetto del budget delle ore straordinarie assegnato	Comparto: rispetto del budget delle ore straordinarie assegnato	3 strutture su 9 non hanno rispettato il budget assegnato	66,7%
	Unità operative: Sistemi informativi, Affari generali, Gestione del personale, Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato e logistica, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Coordinamento ospedale unico			
	Note: Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto entrambe gli indicatori non sono stati completamente soddisfatti.			

ALLEGATO 3: RILEVAZIONE BENESSERE ORGANIZZATIVO

Nell'anno 2016, il CUG ha proseguito nella attuazione della rilevazione del benessere organizzativo come previsto dal Piano triennale azioni positive. Nello specifico è stato somministrato il Questionario ANAC sul benessere organizzativo alle strutture aziendali relative all'area distrettuale, completando così la rilevazione iniziata nel 2015 su tutte le strutture aziendali.
I risultati sono stati comunicati alla Direzione strategica ed è stato redatto un report pubblicato sul sito dell'Aulss 17 nella sezione CUG dedicata.
Nel 2016 sono stati inoltre pubblicati i risultati relativi all'indagine sul benessere organizzativo del personale di area ospedaliera.
Di seguito le tabelle riassuntive dei risultati ottenuti:

Grafico 1. Valori medi per sezione Area Territoriale

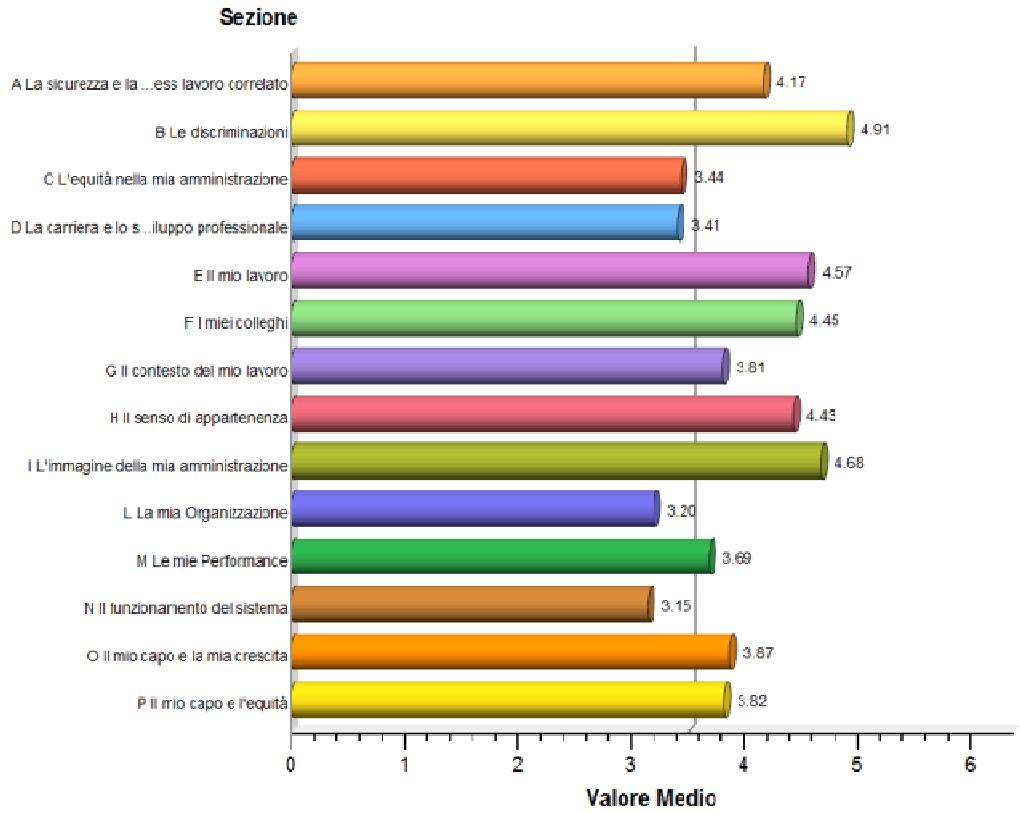
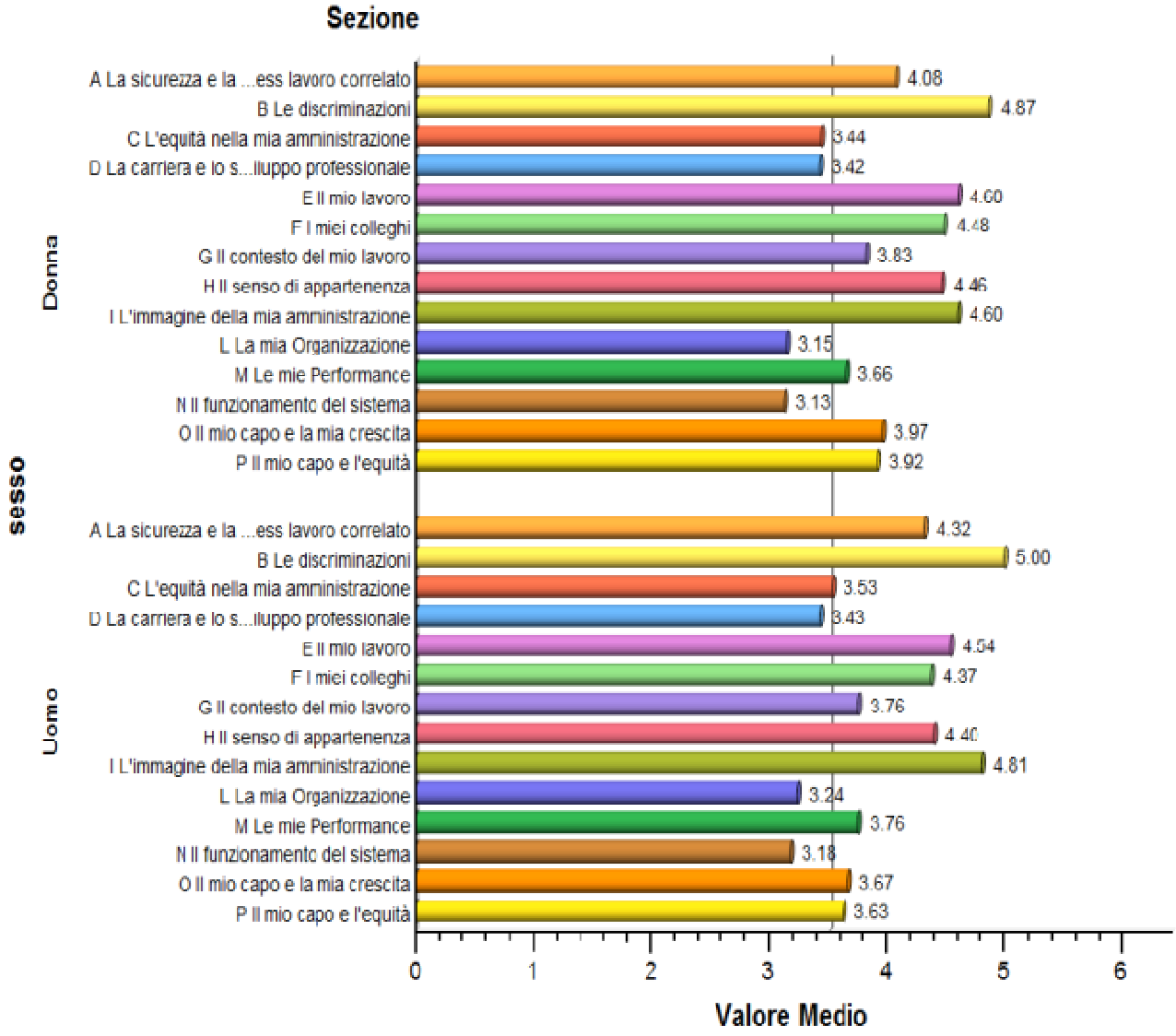


Grafico 2 . Valori medi per sezione e per genere Area Territoriale



I dati riepilogativi evidenziano che l'ambito maggiormente critico risulta essere quello relativo al gradi di condivisione del sistema, come peraltro rilevato anche presso gli altri settori aziendali, con maggiore criticità relativamente alla percezione delle modalità organizzative aziendali.

Risultati migliori invece si hanno nelle aree relative al benessere organizzativo ed alla valutazione del superiore gerarchico. Si evidenzia come sia presente una positiva immagine della propria azienda ed una scarsa percezione della presenza di discriminazioni assieme ad un discreto senso di appartenenza. Sembrano essere percepite sufficienti condizioni di sicurezza sul lavoro, ma sono critiche le aree relative alla percezione dell'equità nell'attribuzione degli incarichi e dunque nell'area relativa alla carriera e lo sviluppo professionale.

Differenze significative in base al genere le troviamo nelle sezioni:

A La sicurezza sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato D4.08 U4.32 p>0.0030

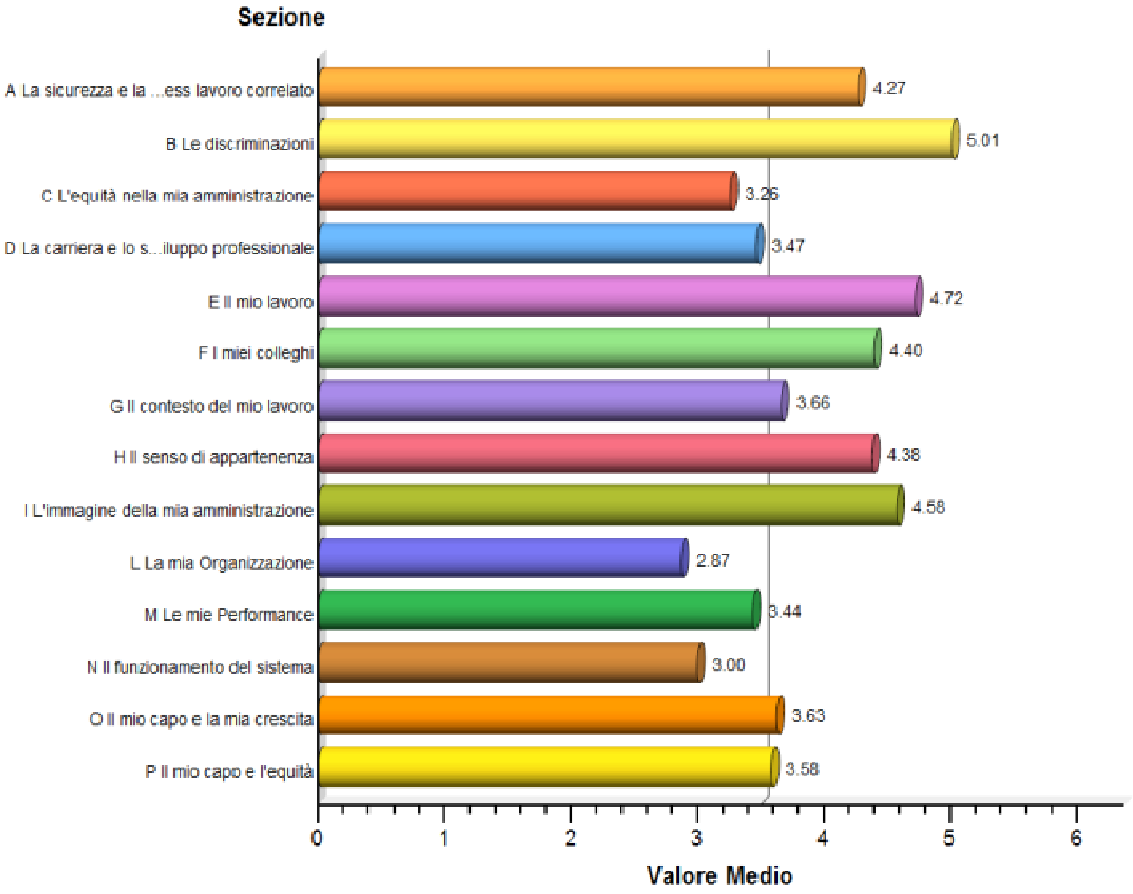
I L'immagine della mia amministrazione D4.60 U4.81 p>0.0434

O Il mio capo e la mia crescita D3.97 U3.67 p>0.0072

P Il mio capo e l'equità D3.92 U3.63 p>0.0166

Le dipendenti donne dichiarano dunque la percezione di un minore livello di stress lavoro correlato, nonché una migliore relazione con il proprio responsabile e migliori possibilità di sviluppo professionale rispetto ai colleghi uomini.

Grafico 3. Valori medi per sezione Area Ospedaliera



I dati riepilogativi evidenziano che l'area maggiormente critica risulta essere quella relativa alla condivisione del sistema. Sebbene la media dell'area (3.10) risulti essere appena di poco inferiore al valore medio del questionario (3,5), gli ambiti relativi alla percezione delle modalità organizzative aziendali e del sistema di valutazione della performance appaiono meno efficaci.

Risultati migliori invece si hanno nelle aree relative al benessere organizzativo ed alla valutazione del superiore gerarchico. Si evidenzia come sia presente una positiva immagine della propria azienda ed una scarsa percezione della presenza di discriminazioni assieme ad un discreto senso di appartenenza.

Grafico 4. Valori medi per sezione – sesso: Donna Area Ospedaliera

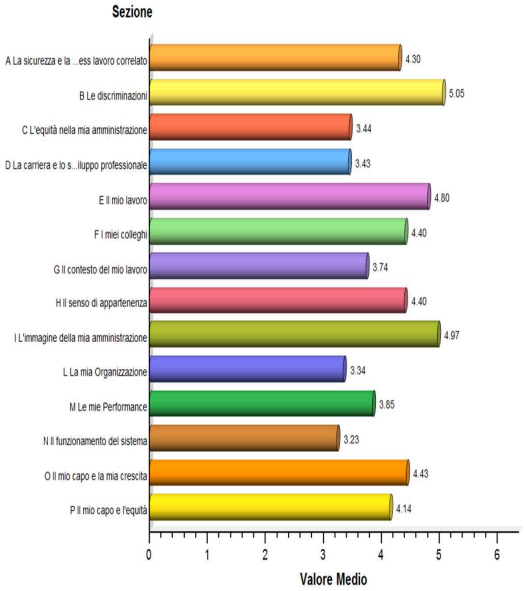
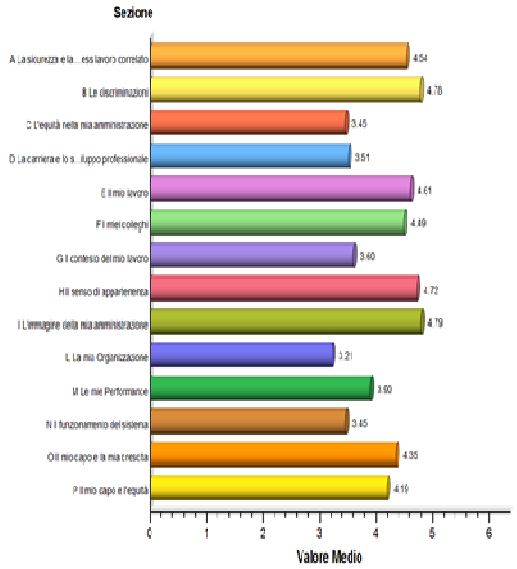


Grafico 5. Valori medi per sezione – sesso: Uomo Area Ospedaliera



Non si rilevano importanti differenze nelle risposte in base al genere.

Tuttavia, è da segnalare una percentuale piuttosto elevata di non rispondenti relativo all'ambito B "Le discriminazioni". Tale dato è associabile comunque alla presenza di una potenziale criticità, da monitorare attraverso ulteriori indagini.