AREA DISTRETTUALE N.5

RELAZIONE DEGLI OBIETTIVI E SULLA PERFORMANCE

ANNO 2016





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 <i>STAKEHOLDERS</i>	ESTERNI6
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	
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	l anni	pop. >74	anni	pop.>9	4 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 classici¹ – Anno 2016 e confronto con stesso periodo anno precedente.

Ricovero Ordinario	Posti letto ordinari medi	Ricoveri	Giornate di degenza	Presenza media Giornate degenza Giorni apertura	Degenza media Giornate degenza Ricoveri	Tasso di occupazione 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 Giornate de genza Giorni apertura	Degenza media Giornate degenza Ricoveri	Tasso di occupazione 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.

1100111100 11100 1010	Diditio Tildi	ON OTT CIMBBILL	1111110 2010	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Bresso Perroc	o dillio procederitor
Ricovero Diurno	Posti letto diurni medi	Ingressi	Accessi	Presenza media Accesssi Giorni apertura	Accessi medi Accessi Ingressi	Tasso di occupazione $\frac{Accessi}{(P.L) \times (GiorniApertura)} x100$
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 ass	oluta 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.

Zimporom per represent cub 1. merupi Ziro ex 1			Table 2010 C Commonto Com Mario Procedurio					
	Anno 2016			one assoluta 6/2015	Variazione % 2016/2015			
	Dimissioni residenti	Tariffazione residenti	dimissioni	tariffazione	dimissioni	tariffazion e		
Ordinarie	10.580	41,7 mln €	258	+633 mila €	2%	2⁄0		
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.

terrar arminosio	in per non residenti	rimo 2010 e comitonto con stesso periodo amo precedente.					
Anno 2016				Variazione %	5 2016/2015		
		dimission	i tariffazione	dimissioni	tariffazione		
1.785	6,8 milioni €	67	+40 mila €	4%	%		
214	668 mila €	-22	-36 mila €	-9%	-5%		
653	1,1 milioni €	-237	-410 mila €	-27%	-27%		
2.652	8,6 milioni €	-192	-407 mila €	-7%	-5%		
	Dimissioni no residenti Ulss1 1.785 214 653	Dimissioni non Tariffazione non residenti Ulss17 residenti Ulss17 1.785 6,8 milioni € 214 668 mila € 653 1,1 milioni €	Dimissioni non Tariffazione non residenti Ulss17 residenti Ulss17 1.785 6,8 milioni € 67 214 668 mila € -22 653 1,1 milioni € -237	Anno 2016 Variazione assoluta 2016/2015 Dimissioni non Tariffazione non residenti Ulss17 residenti Ulss17 1.785 6,8 milioni € 67 +40 mila € 214 668 mila € -22 -36 mila € 653 1,1 milioni € -237 -410 mila €	Anno 2016 Variazione assoluta 2016/2015 Dimissioni non Tariffazione non residenti Ulss17 residenti Ulss17 1.785 6,8 milioni € 67 +40 mila € 4% 214 668 mila € -22 -36 mila € -9% 653 1,1 milioni € -237 -410 mila € -27%		

17

²Nel 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

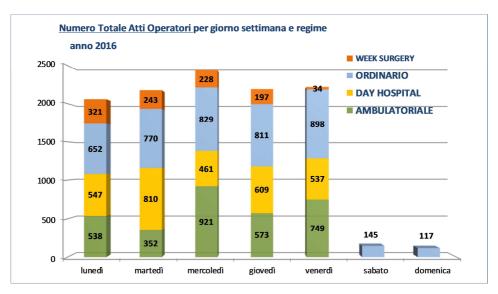
	Trainer of the Operator per giorno dena settimana e regime Traine 2010										
Giorno	Totale		Di cui regin	ne							
settimana	Numero atti	Ambulatoriale	Day hospital	Ordinario	Week surgery						
Lunedì	2.058	538	547	652	321						
Martedì	2.175	352	810	770	243						
Mercoledì	2.439	921	461	829	228						
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 sequente il numero totale atti operatori per giorno della settimana.

18

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



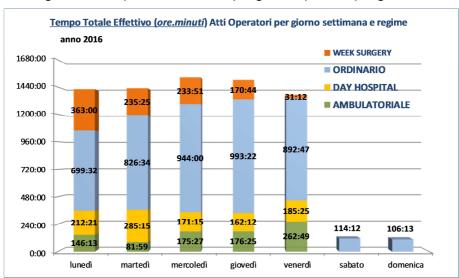


Il tempo effettivo totale degli atti operatori è stato complessivamente di quasi 7.500 ore. Di cui 4.577 ore sono per atti operatori in regime ordinario, 1.034 ore per atti in week surgery, 1.016 ore in regime diurno e 843 ore in regime ambulatoriale.

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

	Sett	imana – Anno 2010	
	Totale	Totale Tempo effettivo	Media Tempo effettivo
Giorno settimana	Numero atti	(hh.mm)	(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	

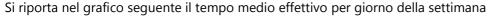
Si riporta nel grafico seguente il tempo totale effettivo per gli atti operatori per giorno della settimana.

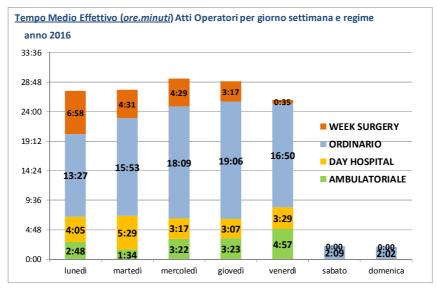


Nelle giornate di sabato e di domenica, le sale operatorie sono occupate per atti operatori in regime ordinario e prevalentemente d'urgenza, mediamente per circa 2 ore. Nei rimanenti giorni della settimana il



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





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.



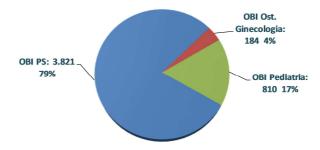
Complessivamente gli "abbandoni del DEA/PS" sono 478 (324 prima della visita medica e altri 154 durante gli accertamenti). Sono pari a 1% degli accessi.

Accessi di pronto soccorso distinti per esito – Anno 2016

A accessi distinti man Faita	Anr	ю 2016	Var. 2016/2015		
Accessi distinti per Esito	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		9 mesi 2016	6 mesi 2016	3 mesi 2016	Anno 2015
C.5.1 $^{90^{\circ}}$ 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%.

21

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 As:	sistenza					
Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostic a strumental e e per immagini	Attività di laboratorio	l consultorio	Asssitenza	Assistenza per tossicodipe ndenti	Assistenza	Assistenza idrotermale	Assistenza	ai disabili	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio / Laboratorio	9	4*	3*									
Struttura residenziale					pl.23							pl.8
Struttura semiresidenziale			ŀ		pl.22		:					
Altro tipo di struttura	14		:	4*	4*	2*						pl.33 **

^{*}conteggiati anche nell' "attività clinica".

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 As	sistenza					
Tipo struttura	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Asssitenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipen denti	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".

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.

^{**} posti letto ospedale di comunità.

^{**} di cui 20 pl. aperti a novembre 2016.



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 2016⁵.

	Ann	ю 2016	Variazio	ne 2016/2015
	prestazioni tarif		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 2013-2015⁶ alle strutture termali, nel 2016, sono stati effettivamente riconosciuti 1,473 milioni lordi⁷.

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

	I I Cottle	n reman crogate c	ane structure accre	ditute Class 17 11	11110 2010 0 20101			
		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 €		

Budget termale 2015 con assestamento: 1.475.155 ero fordi.

Budget termale 2015 con assestamento: 1.468.992 euro lordi pari a 1.175.866 euro al netto ticket.

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.



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		1	Anno 2015	variazione 2016/2015		
		Di cui <17					
	Utenti	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.

Offitate at presenza	in structure restuenzian – mi	10 2010.
	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 \in ⁸.

_

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



Pazienti in Hospi	ice in Ulss 17 – An	no 2016 e confronto	stesso periodo anno	precedente.
-------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------

	Anno 2016			Anno 2015			Variazione 2016/2015			Var. % 2016/2015		
Residenza	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 31-1	2-2016			al 31	-12-2015		
SISP	u.51.2				u.51	12 2015		
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%			2.222		68,28%	
Screening: (% di adesione)	numero	% adesione grezza	% adesione corretta		numero	% adesione grezza	% adesione corretta	
Cito (soglia regione: 60%)		45,50%				_	58,30%	
mammo (soglia regione: 80%)		64,20%				I	80,20%	ļ
colon (soglia regione: 65%)		60,90%					61,00%	
inconvenienti igienici (numero)	95	00,5070	02,4070		169		01,0070	
pratiche edilizie (numero)	33							
(compr. di Conferenza dei Servizi, CTR, L.22) MEDICINA LEGALE	403				558			
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		al:		25		4: •	
AREA VETERINARIA	totale	Area A	di cui Area B	Area C	totale	Area A	di cui 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 nota 1: sostituito in calendario dal men ACWY	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 SPS⁹ 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.2	016/2015	variaz. %	2016/2015
				Tariffa		Tariffa		Tariffa
Servizio	Prestazio	one	Numero	teorica	Numero	teorica	Numero	teorica
		Virus Papillomavirus (HPV) Analisi						
Anatomia Pat.	91.24.9	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%
		Feci Sangue Occulto (metodo						
Laboratorio	90.21.4	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]

INDICATORE TEMPESTIVITÀ
DEI PAGAMENTI ANNO 2016

Σ importi pagati nel periodo di riferimento

- 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 MEDIA OSPEDALE PERSONALE COMPLES							
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	DEBCONVIE	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);
- <u>Personale</u> (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);
- <u>Personale</u> (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		Tribunale Diritti del Malato	Revisione Veneto
ſ	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	тот.
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					



<u>Accessi presso l'URP (telefonici o di persona):</u> 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	Totale generale	

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.

		Punti	Punti di	Punti di Soglie	Ancora
			Soglie	J	in fase di
Ī	ODIETTIVI DOD 2072/45		_		
ABEA A.	OBIETTIVI DGR 2072/15		soddisfatte	non soddisfatte	verifica
AKEA A.	Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e prog Adeguamento della organizzazione delle Cure primarie agli indirizzi	grannnazione 	aegir unici		
A.1	previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli				
A.2	indirizzi previsti dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016	1,00	1,00		
4.2	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti	1.00	0.50		0.50
A.3	dalla L.R. 23/2012 P.S.S.R. 2012-2016 TOTALE AREA A	1,00 3,00	0,50 2,50		0,50 0,50
ARFA B:	Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate	3,00	2,30	<u> </u>	0,30
	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di				
B.1	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	
	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM				
C.6	n.70/2015 Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	1,00			1,00
C.7	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Orintrigica Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile	2,00	0,50	1,00	0,50
C.8	'	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	1.00	1 00		
	e vaccini TOTALE AREA C	1,00 19,00	1,00 9,00	5,25	4,75
ARFA D:	Equilibrio Economico	10,00	0,00	0,20	.,
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	3,00	3,00		
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	15,00	15,00		
	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	13,00	13,00		
D.3	inspecto della programmazione regionale sui costi dei belli suintan	12,00	1,00	11,00	
	Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di	*			
D.4 *	prestazioni sanitarie da privati accreditati	_	-		
ļ	TOTALE AREA D	30,00	19,00	11,00	-
AREA E:	Liste d'attesa				
	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative				
l	per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni				
E.1	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	-
	Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricom	1		mormativo Sanita	rio
F.1	Completezza e Tempestività del flusso SDO	1,00	1,00		
	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed				
F.2	aggiornamento dei documenti clinici	1,00	0,75		0,25
F 2	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta	1.00	1		
F.3	cartacea	1,00	1,00		1
	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	1,00		1,00	1
F.4	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenziaità	1	1		1
F.4	Adempinienti in materia di gestione informatica della residenzialta				
F.4 F.5	extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali	1,00	1,00		
			1,00 3,75	1,00	0,25

^{* 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.

	ETTIVI ECONOMICO-FINANZIARI TO DGR 2525/2014 CON DGR 2072/2015	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2016	RISULTATO BILANCIO D'ESERCIZIO 2016	Punti Disponibili	Punti di Soglie soddisfatte
AREA D:Equilib	orio Economico				-	
D.1	Rispetto della programmazione	Rispetto del tetto di			2	2
	regionale sui costi del Personale	costo:Personale	€ 92.832.000,00	€91.983.316,88		
TOTALE D.1					2	2
		Rispetto del Risultato			5	5
		Economico Programmato Variazione Annuale del Costo	-€ 17.000.000,00	-€ 16.983.160,76	3	3
		della Produzione (+imposte e tasse)	Minore di zero	-€ 486.669,00	5	5
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	Soddisfazione degli indicatori		Annual di		
		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		pagamento programmati		pagamento: 0,50	15	15
		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	
D.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	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	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
	Rispetto della programmazione	Rispetto dei tetti assegnati agli	4 207 202 22	4400450		1
D.4	regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati	erogatori privati di assistenza specialistica (puri)	€ 4.397.200,00	€ 4.180.150,25	1	
TOTALE D.4	p	(la series)			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	20	16-2015	%
Farmaceutica territoriale	€ 2	2.798.181,34	€2	2.047.672,78	-€ 75	50.508,56	-3,29%
Farmaceutica ospedaliera	€1	1.968.462,66	€1	1.762.061,43	-€ 20	06.401,23	-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

Α	В	С	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%

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

Obiettivo D.2.1 Rispetto del Risultato economico Programmato

Α	В	С	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	

	ON SECULATEGORIA	CODICE CONTO	CONTO COGE	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
	+ 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.1.8.2.1) 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.S.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.S.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.S.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
N	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
\sim	- 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
<u> </u>	- 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
S	- 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		2.072.829	1.254.222	010 007
	- ALIKE KETTIFICHE	extra contabile	Costi per epatite C			-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 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.S.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
(3)	-	MOBILITA' EXTRA	AA0460	(A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero)	1.080.086	1.053.891	-26.195
\subseteq	-	MOBILITA' EXTRA	AA0470	(A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali)	9.065.455	6.751.978	-2.313.477
$\overline{\mathbf{z}}$	-	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			
OBJETTIVO RAGGIUNTO			
OBJETTIVO NAGGIONTO			

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

A	В	С	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	В	С	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 Hil 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

Α	В	С	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, si 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	В	С	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

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.

^{**}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



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

Α	В	С	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

${\it Relazione~illustrativa~mancato~raggiungimento~dell'obiettivo}$

l 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	В	С	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	613.644,00	606.709,24	-€ 6.934,76	-1,1%	
vitro (IVD)					
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

Α	В	С	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

Α	В	С	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.

Beni 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	В	С	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%

I	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:** <u>in fase di verifica.</u> 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 Consequimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA: raggiunto.
- **C.12 Indicatori di Appropriatezza Prescrittiva:** <u>in fase di verifica</u>. 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:
 - o 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.
 - o 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.

o 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.

o 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.

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

o 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: <u>raggiunto</u>.



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:
 - o Rispetto tempi di attesa prestazioni di classe A: raggiunto
 - o Rispetto tempi di attesa prestazioni di classe B: raggiunto
 - o 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.
 - o 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:** <u>obiettivo non raggiunto</u>. 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 seanalazioni 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;



B. 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 sociosanitaria 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.

% ragg 12,50%	Prospettiva dei portatori di interessi Obiettivi strategici A.a) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo	% ragg
12,50%	J J	% ragg
	A.a) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo	
000/	dell'organizzazione degli uffici	100%
98%	C.a) Obiettivi di salute: attività di prevenzione	73,94%
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%
	ed organizzativo	
% ragg	5	% ragg
98%	P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale	84,60%
75%	P.1) Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero	95,80%
49,60%		
40%		
100%		
75%		
76,40%		
100%		
	75% 49,60% 40% 100% 75% 76,40% 100%	2) Rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda 5) Prevenzione della corruzione Prospettiva di apprendimento e crescita: sviluppo del capitale umano, ir ed organizzativo Obiettivi strategici 98% P) Attuazione di iniziative per la gestione degli istituti contrattuali relativi alle ore straordinarie e alle ferie del personale P.1) Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero 49,60% 40% 75% 76,40%



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



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 informativo ed organizzativo	capitale umano
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%		

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%



Totale	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.17) Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: prescrizione farmaci – raccolta dichiarazioni dei medici prescrittori ospedalieri	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%

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 raggiungime nto
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento	TOTALE		
0.0.C/ 0.0.S.D.	finanziaria	interessi	interni	e crescita	IOIALE		
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.C/ 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALE		
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.C/ 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL		
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.0, 0.0.3.0.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL		
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.c/ 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL		
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.0, 0.0.3.0.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL		
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							
		PROSPETTIVE					
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.C/ 0.0.S.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALE		
S.P.D.C.	40,00	6,40	34,43	11,72	92,55		
				TOTALE	92,55		

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE SANITARIA						
		PROS	PETTIVE			
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE	
0.0.0, 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL	
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.0, 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALE		
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						
		PROSPETTIVE				
1100/11050	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE	
U.O.C/U.O.S.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALE	
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						
		PROS	PETTIVE			
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE	
0.0.c/ 0.0.s.b.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALE	
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							
		PROS	PETTIVE				
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE		
0.0.0, 0.0.3.D.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL		
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					
		PROSPETTIVE			
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE
0.0.c/ 0.0.s.b.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL
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					
		PROSPETTIVE			
U.O.C/U.O.S.D.	Economico -	Portatori	Processi	Apprendimento e	TOTALE
0.0.c/ 0.0.s.b.	finanziaria	interessi	interni	crescita	IOIALL
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:

- o La capacità dimostrata di generare un clima favorevole alla produttività;
- o La capacità dimostrata nell'espletamento dei compiti affidati;
- o La capacità di contribuire al miglioramento del clima organizzativo all'interno dell'U.O. di appartenenza;
- o La capacità dimostrata nel promuovere le innovazioni tecnologiche e procedimentali;
- o La qualità dell'apporto personale nell'ambito dei progetti dell'U.O. di appartenenza;
- o La collaborazione interna e livello di partecipazione multi professionale nell'organizzazione dipartimentale;
- o La capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli di raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- o 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;
- o 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:

- o La capacità dimostrata nel guidare, delegare e valutare i collaboratori;
- o 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
		punteggio da 0 a 100 riferito al grado di	peso x punteggio
		raggiungimento di ciascuna delle componenti la	
Livello della prestazione individuale	100%	prestazione individuale	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:

o 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:

- o 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;
- o L'efficacia dei modelli organizzativi adottati;
- o La capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli di raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- o 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;
- o La capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedimentali e i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
- o 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	40%	punteggio da 0 a 100 riferito al grado di	peso x punteggio
obiettivi di budget e/o di programma dell'U.O.		raggiungimento obiettivi scheda di budget	attribuito
		punteggio da 0 a 100 riferito al grado di	peso x punteggio
		raggiungimento di ciascuna delle componenti la	
Livello della prestazione individuale	60%	prestazione individuale	attribuito

Per il Personale del Comparto: la misurazione e la valutazione della performance individuale concerne i seguenti aspetti:

Collocazione Organizzativa e Professionale intesa come:

o Importanza o meno del carico di lavoro in relazione al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati all'interno del Servizio/Divisione/Ufficio;



o 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:

o 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:

- o 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	punteggio da 0 a 6 riferito al grado di
degli obiettivi stessi,dell'impegno e della qualità della	
prestazione individuale	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:

- o 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;
- o 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;
- o 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)

PROCESSO DI VALUTAZIONE DIRIGENZA	VALUTATORI 37	VALUTATI 364	CONTENZIOSI
PROCESSO DI VALUTAZIONE COMPARTO	38		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	Bilancio di	2016-2015
	Esercizio 2015	Esercizio 2016	
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.

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

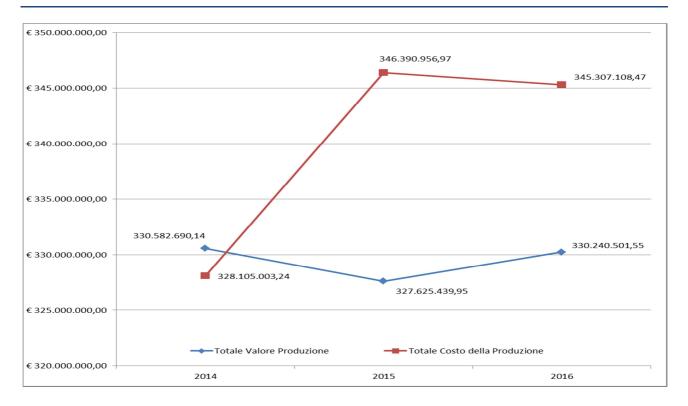
2.477.686,90 -

18.765.517,02 -

15.066.606,92

Valore della Produzione - Costo della Produzione





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 osseguio 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 <u>Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere,dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori</u>

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

<u>Soggetti</u>: Regione Veneto; Direzione Strategica; UO Controllo di Gestione

<u>Strumenti:</u> 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 riquardante 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 sequenti 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

<u>Soggetti</u>: Regione Veneto; OIV; Direzione strategica; Responsabili di Struttura

<u>Strumenti</u>: 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:

o al livello di definizione della strategia, delle priorità e degli obiettivi e al loro conseguimento attraverso indicatori, rilevanti e coerenti;



- o all'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento e alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- o 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;
- o alla rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- o alla modernizzazione e miglioramento dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- o 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:

- o 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;
- o 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:

- o 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;
- o 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;
- o 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

<u>Soggetti</u>: Attori deputati alla valutazione e contrattazione

<u>Strumenti</u>: 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

<u>Strumenti</u>: 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:

- o 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;
- o l'atto che attribuisce efficacia alla relazione;
- o 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:

- o 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;
- o la metodica di budget quale strumento che consente di:
 - O Realizzare un efficace coordinamento tra le differenti unità organizzative;
 - Programmare/prevedere la situazione organizzativa futura riorientando, se il caso, strategie e programmazione;
 - O Motivare le unità organizzative interessate;
 - o Costituire un'importante esperienza di sviluppo professionale per le persone coinvolte nel processo;
 - O Identificare significativi parametri di riferimento per la valutazione delle performance delle unità organizzative;
 - o Responsabilizzare managers, professionisti, collaboratori ed operatori;
 - o Razionalizzare l'allocazione delle risorse;
 - O Sviluppare l'accountability.
- o 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;
- o 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;
- o l'utilizzo del sistema premiante in stretta connessione con la performance raggiunta;
- o 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:

o 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;



- o 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;
- o 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 consequenti 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‰
International Consideration in	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥ 10%	23,99%	19,14%	18,03%
Integrazione Ospedale - Territorio	% 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	90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso	< 4:00:00	04:23:00	04:56:00	04:48:00
soccorso (DGR 1513/2014)	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	Percentuale di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery	> 60%	39,63%	30,70%	43,04%
come da DGR 2688/2014	% 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 consequente 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'adequatezza 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.

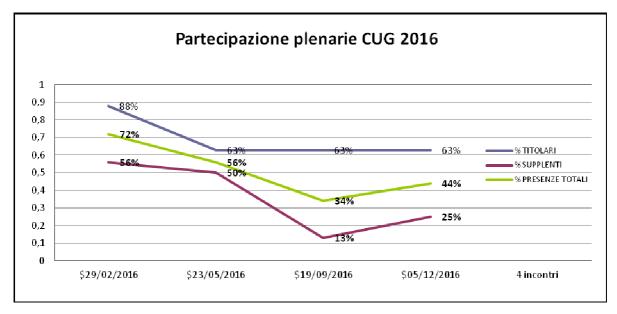
Riunione del CUG in plenaria

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:

<u>Corso di formazione</u>: "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.

<u>Corso di Formazione Manageriale</u>: "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.



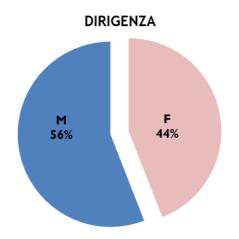
DATI SUL PERSONALE DIPENDENTE PER GENERE

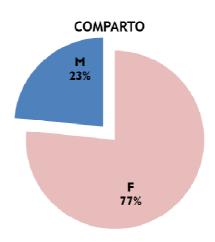
Rispetto all'anno precedente non si rilevano significative variazioni in ordine alla composizione del personale in servizio. Il numero è lievemente aumentato di poche decine di unità e si nota un leggero aumento delle donne dirigenti. Resta dunque sostanzialmente invariata la distribuzione percentuale 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	Т	F%	м%	т%
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	М	Т
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 DIELL'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

		3	ODDI	713101	4L / L	/\ JLL						
TIPO DI	CONS	ELVE	ES	TE	MONS	ELICE	MONTA	GNANA	SCHIA	VONIA	тот	ALE
INFORTUNIO	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	О	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	О	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	О	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	О	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

OBIETTIVI D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015

			IIVI D.G.n. II. 20/ 2 del 30 dicemble 2013		
AREA STRATEGICA		OS	SOCIO SANITARIA		
Prospettiva		ECONO	ECONOMICO FINANZIARIA		
Ō		D.1) Rispetto della programmazione regionale sui costi			Ambito obiettivo:
st	strategico Grado d	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		12,5%	contenimento della spesa
	Objettivo 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	%0
		Unità operative: Farmacia			
		gliata al par. 2.3): Raggiunto l'indicare (%). La spesa per l'erogazione diretta ormente interessati sono: LO1-citostatici inato anche dal fatto che nell'ULSS 17	re relativo al costo procapite pesato della distribuzione diretta Classe A. Il costo procapite pesato per la distribuzione diretta la classe H, invece, supera il dei farmaci dasse H è rappresentata in gran parte dall'erogazione di tali farmaci da porte di altre ULSS e Aziende Ospedaliere a residenti dell'ULSS 17. , LO2-terapia endocrina, LO3-immunostimolanti, LO4-immunosoppressori e JO5-antivirali ossia farmaci biologici per l'artrite reumatoide, farmaci oncologici e non sono presenti Centri autorizzati alla prescrizione dei Biologici in reumatologia, nè un centro malattie infettive e per tale motivo gli utenti con contro malattie infettive e per tale motivo gli utenti	o procapite pesato per la distribuzione diretti aci da parte di altre ULSS e Aziende Ospedd mtivirali ossia farmaci biologici per l'artrite re- ila e dermatologia, nè un centro malattie infer	ra la classe H, invece, supera il aliere a residenti dell'ULSS 17. umatoide, farmaci oncologici e
	Objettive Oberative				%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 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%.	itoriale è quasi completamente generata dalle prescrizio ettivo del rispetto del costo per assistibile pesato pari a ecedente di circa il 3,3%; mentre il costo medio per assis	mi dei Medici di Medicina Generale. Le azion €114, costituzione del Comitato Tecnico Scien sitio pesato si attesta a €118 inferiore rispett	ni intraprese durante l'anno nifico, Progetto dell'Informatore o al 2015 di circa il 3%.
	Objettivo Operativo:	D.3.3) Rispetto del tetto di costo della farmacevitca 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, Ostericia, 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	, Anestesia e Rian, Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Co , SISP, Area Vet. A, Psichiatria, Direzione Medica di Pre:	ırdiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, İ isidio, Farmacia	Neurologia, Lungodegenza, Rec.
		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 del 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; faramaco DUODOPA (antiparkinson) prescritto interamente dalla Casa di Cura privata preaccreditata Villa Margherita di Arcugnano [VI).	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 atla compensazione in file F. Purtroppo molto spesso i pazienti, a seguito di prescrizione effettuata dal competente centro, vengono invitati a rivolgersi naci prescritti da medici fuori Ulss sono principalmente farmaci biologici per il trattamento di patologie reumatiche, dermatologiche e gastrointestinali; pla, HIV e Micofelonati; faramco DUODOPA (antiparkinson) prescritto interamente dalla Casa di Cura privata preaccreditata Villa Margherita di Arcug	te da medici specialisti di altre Uiss per le qu sscrizione effettuata dal competente centro, v attamento di patologie reumatiche, dermatolo ne dalla Casa di Cura privata preaccreditato	uali è prevista l'erogazione rengono invitati a rivolgersi allo giche e gastrointestinali; a Villa Margherita di Arcugnano
	Objettivo:	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, ORI, PS, Anestesia e Rian., Radiologia, Pediatria, Osterricia, 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	, Anestesia e Rian, Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Ca 2rv. integrati alla persona, Cure Primarie, SISP, Area Vet	ırdiologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, t. A, Direzione Medica di Presidio	Diabetologia, Anatomia Pat.,
		Note (vedi relazione dettagliara al par. 2.3): I morivi 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 Neurotiabilitazione.	re all'incremento dell'attività e/o della complessità dei D attività avviate a fine 2015 come Geriatria e Neuroriat	RG prodotti dai reparti di dimissione dell'are bilitazione.	ea chirurgica e dai reparti che

.

Ö	Objettivo 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; Nevrologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione, SPDC, Cure Primarie, Serv. integrati alla persona, SISP, Area Vet. A. Direzione Medica di Presidio	S, Anestesia e Rian., Radiologia, Pediatria, Ostetricia, Card ie, Serv. integrati alla persona, SISP, Area Vet. A, Direzio	iologia, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Dia ne Medica di Presidio	betologia, Anatomia pat.,
		Note: Obiettivo raggiunto			
o o	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 pari a 556 € (-4%). Questo determina una spesa per 1000 assistibili pesata dell'Ulss 17 superiore alla media regionale pari a 556 € (-4%).	impattano maggiormente sulla spesa sono il Diabete e la Celiadhia che rappresentano rispettivamente il 75% ed il 24% della spesa totale per assistenza umento della fornitura dei dispositivi per l'autodiagnosi della glicenia determinato sia dall'aumento dei pazienti diabetici sia dalla raccomandazione dell sociale de utilizzano dispositivi per l'autodiagnosi sono passati da 2.155 (2015) a 2.527 nel periodo gennaio-settembre 2016 con un incremento di 372 valenza 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 per 1000 assistibili pesara dell'Ulss 17 superiore alla media regionale di € 822 pari al +14%.	nno rispettivamente il 75% ed il 24% della sp sia dall'aumento dei pazienti diabetici sia da .527 nel periodo gennaio-settembre 2016 cor 00 abitanti contro 11,4 su base Regionale (+1 Ilss 17 superiore alla media regionale di € 85	la raccomandazione delle n un incremento di 372 9%), a fronte di una spesa 22 pari al +14%.
ه ه	Obie#ivo Operativo:	D.3.7) Rispetto del tetto di costo dell'assistenza Protesica			20%
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		Rispetto del limite di costo	€ 15 pro-capite	€ 17,09 pro-capite	%0
		Unita operanve: Direzione Distretto Unico			
		Rispetto del limite di costo	Appropriatezza della prescrizioni di ausili riduzione del 10% delle prescrizioni rispetro al 2015	2015; € 597.583,04 2016; € 519,040,38 Scost:: € 78.542,66; -13,14%	%001
		Unita operanve: Okt., Ortopeaia, kiabilitazione tunz.			
		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 adminuzione 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 promuvovere un maggior utilizzo degli ausili 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	La spesa per l'assistenza protesica sostenuta nel 2016 regis pro-capite (-18,61%). Lo scostamento rispetto al valore sogli il 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario (ad esempio impianti ci a con conseguente incremento degli ausili da utilizzare a live vizi, degli aspiti, non altrimenti gestibili a livello territoriale l'illo distrettuale al fine di promuovere un maggior utilizzo de mici legati ad un minor costo giornata. Tutto questo si rifletti	itra un aumento, rispetto al limite, di € 2,09 pi ia registrato sul costo procapite per assistenza cocleari o carrozzine ad uso esterno per i discuilo domiciliare e presso i Centri Servizi del no na comportato una accelerazione degli acquis gli ausili riciclati rispetto al nuovo. A ciò si ag e sul costo procapite passato dal €121 del 20	o-capite pari a +13,9%. profesica è dovuto oltre che ibili giovani e adulti, protesi stro territorio. L'esigenza di ii e quindi un aumento della giunge l'attivazione della
) 9) Eani	pari de 17,0%, con un conseguente contenimento della spesa totale di circa e 340,733.			
Obiettivo C.	Frado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%86	Ambito obiettivo: contenimento della spesa
O	Objettivo	O a) Dienothe del hudest accounts non i conitari conitari entitus indimenta hen id terri	long of town		70 00

Grado di raggiungimento Consuntivo 2016 Target 2016 D.2 a) Rispetto del budget assegnato per i beni sanitari, servizi sanitari, godimento beni di terzi

ndicatore:

Unità Operative: Chirurgia, Urlologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Oculistica, ORL, PS, Anestesia e Rian, Pediatria, Ostetrida, Cardiologia, Nerologia, Oncologia, Neurologia, Lungodegenza, Rec. Riabilitazione, Sii, Laboratorio an, Anatomia pat, Dipendenze, Cure Primarie, Serv integrati alla persona, SISP, Area Vet. A, Psichiatria, Direzione Medica di Presidio Scostam.: +€ 143.650,21; +2% Budget: € 7.031.000,00 Consuntivo: € 7.174.650,21 Rispetto del budget assegnato (al netto delle voci soggette a limite) Rispetto del budget assegnato

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 del rossto 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.

	Obiettivo Operativo:	C.2 Raggiungimento della percentuale del 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale	o ispettivo dello SPISAL aziendale		%001
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		C.2.1. Unità locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale (indicatore 4 Griglia LEA)	> 2%	5%=U.L=399 visitate n.539 u.l pari al 135%	%00 I
		Unità Operative: Spisal			
•		Note: Obiettivo raggiunto			
	Objettivo Operativo:	C.3 Implementazione Piani di sicurezza alimentare			%001
		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%+1119%=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	%00 I
		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 effetuti 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)	%08′66 ⋜	100% n.allevamenti contr 18 n.unità totali 18	%001
		Unità Operative: Area A			
		Note: Objettivo raggiunto			
Objettivo	E.a) Liste	E.a) Liste di attesa: classi di priorità			Ambito obiettivo:
strategico	Grado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%06	standard di qualità
	Objettivo: Operativo:	E.1 Piena implementazione delle modalità org. erogative per il contenimento dei tempi di attesa	npi di attesa		%06
-		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		E.1.1. Rispetto dei tempi di attesa per la classe A	Classe A: 90%	%06	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%	62%	20%
		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	rdiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia	ı, Riabilitazione, Radiologia, Direzione Distretto, ^ı	Cure Primarie, Direzione
		Note: L'obiettivo è stato raggiunto per quanto riguarda il rispetto delle Classi A e B.			

		DEI PROCESSI INTER	DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE	ZE	
Objettivo	A.b) Osse	A.b) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di programmazione dell'organizzazione degli uffici	ganizzazione degli uffici		Ambito obiettivo:
strategico	Grado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%86	standard di qualità
	Obie#ivo Operativo:	A.1. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale agli indi	rizzi previsii 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. 2	rizzi 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 %o	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%	95%
		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 lunedi 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	%06
		Unità Operative: Chirurgia, Oncologia			
		Note: Il Pronto Soccorso registra un incremento della % di accessi seguiti da ricovero rispetto al 2015 (12%)	o rispetto al 2015 (12%)		

Objettivo		b.D) corretta ed economica gesuone delle risorse attribuite ed initotiate: governo del sistema	al sistema		Ambito obiettivo:
strategico		Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		75%	standard di qualità
	Objettivo 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	20%
		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	ispetto della scadenza di Dicembre per l'invio del questi	ionario di autavalutazione Carmina.	
Objettivo		C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale	edaliera e territoriale		Ambito obiettivo:
strategico		Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		49,60%	standard di qualità
	Objettivo 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 - 4º livello	tasso 1,49% ₀	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 7.5enni	re 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.	i 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	2014		20%
		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.	non rispetta il target regionale ma è inferiore rispetto	alla media della Provincia che è di 4,56 ore.	

Obiettivo Operativo:	C.6 Rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti secondo il DM 70/2015			%02
	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: Objettivo 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	licatori relativi agli standard minimi di VOLUME, risulta non rispettata una sola soglia su 6, ossia il numero di interventi per tumore alla mammella che risult 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	soglia su 6, ossia il numero di interventi per soglie su 4, ossia la % di tagli cesarei primar	umore alla mammella che risulta 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.	iinima. Nel complesso sono state soddisfatte 7 sogl	ie su 10.	

Indicatore: C.7.1. Numero di interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana C.7.2. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.2. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.3. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.3. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.3. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.3. Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR C.7.3. Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero C.7.3. Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero (DGR 4277/2011 e s.m.) 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) Unità operative: Chirurgia, ORL, Urologia, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr	#ivo afivo:	rtivo ativo: C.7 Qualità di assistenza ospedaliera			25%
2 1.000 1) Casi trattati in week S. > 60% 2) Ricoveri con lo stesso MDC dopo 30 gg da ricovero in week < 5% Att. Amm Osp-terr % RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0% onitoraggio Att. Amm Osp-terr ≤ 15%		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
1) Casi trattati in week S. > 60% 2) Ricoveri con lo stesso MDC dopo 30 gg da ricovero in week < 5% Att. Amm Osp-terr % RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0% onitoraggio Att. Amm Osp-terr ≤ 15%		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
1) Casi trattati in week S. > 60% 2) Ricoveri can lo stesso MDC dopo 30 gg da ricovero in week < 5% Att. Amm Osp-terr % RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0% onitoraggio Att. Amm Osp-terr ≤ 15%		Unità operative: Anestesia e Rianimazione			
itazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr \$\int \text{RO+DH eseguibili in ambulatoriale} = 0\int \text{No.} \\ \$\leq 15\infty\$		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
% RO+DH eseguibili in ambulatoriale = 0% litazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr ≤ 15%		Unità operative: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Chirurgia artroscopica, Monitoraggio A	Att. Amm Osp-terr		
diologia, Riabilitazione, Monitoraggio Att. Amm Osp-terr ≤ 15%		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%
≤ 15% Amm Osp-terr		Unità operative: Chirurgia, ORL, Urologia, Day Surgery, Cardiologia, Riabilitazione, Mo	nitoraggio Att. Amm Osp-terr		
Unità operative: Chirurgia, ORL, Urologia, 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 DRC medici dimessi da reparti chirurgici supera la soglia massima di oltre 3 punti percentuali.

	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 cessarei primari in maternità con n. parti <1.000 (soglia ≤ 21%) Subindicatore 2) % ricoveri età 0 in reparti medici x adulti= 0% 3) % ricoveri età 0 1-4 in reparti medici x adulti= 0% 5) % ricoveri età 5-14 in reparti medici x adulti= 0% 5) % ricoveri età 5-14 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			
Objettivo 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 99	%0
	Unità operative: Chirurgia, Monitoraggio Att. Amm Ospterr			
	Note: Obiettivo non raggiunto. Si rileva la criticità nella registrazione delle date di presa in carico del paziente e dell'intervento	presa in carico del paziente e dell'intervento		
Obiettivo Operativo:	C.10 Qualità dell'assistenza ospedaliera: area medica			20%
ĺ	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	nitoraggio 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	medica di dimettere i pazienti verso reparti sub-acuti per la mancanza di disponibilità di posti letto.	ponibilità di posti letto.	
Objettivo Operativo:	C.11 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA			%001
	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	C.1.1.1 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	Primarie, SIAP, Direzione Medica di Presidio, SISP, SPISAL	, Medicina Leg. Area A,B,C; Monitoraggio Att	Amm Osp-terr

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	C.12.1. Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	mico della Regione Veneto	
A.1.1 Quota assistiti in trattamento con PPI senza criteri di rimborsabilità previsti	Anno 2015: 50%	52%	ò
dalla Nota 1 e Nota 48 sul totale degli assistiti in trattamento con PPI	Valore soglia: ≤ 20%	(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	licina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia	,, Geriatria, Lungodegenza, Riabilitazione, SPDC	", Psichiatria, SIAP
A.2.1 Quota assistiti trattati con antagonisti dell'angiotensina Il trattati con farmaci a	Anno 2015: 79%	%22	òò
	Valore soglia: ≥ 90%	(ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	0%
A.2.2. Quota assistiti in trattamento con antipertensivi in associazione fissa con calcio	Ann. 2015. 95%	/030	
antagonista che non provengono dagli stessi principi attivi in monoterapia o	Valore soglia: 10%	(ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	%0
dall'associazione estemporanea degli stessi principi attivi	,		
A.3.1. Quota assistiti senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine	Anno 2015: 47%	44%	%0
a bassa potenza	Valore soglia: ≥ 90%	(ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	
A.3.2. Quota assistiti con pregresso evento CV o diabete trattati con statine ad alta	Anno 2015: 57%	63%	100%
potenza	Valore soglia: ≥ 90%	(ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	
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 eritropoletina biosimilare distribute in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica BO3XA altri preparati antianemici= >70%	Anno 2015: 23% Valore soglia: ≥ 90%	32% (Ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	1 00%
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 $HO1ACO1$ somatropina = $>25\%$	Anno 2015; 7% Valore soglia: ≥ 30%	7% (Ultimo dato disponibile III trimestre 2016)	%0
Unità operative: Cure Primarie, Farmacia			

		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 $104AB02$ 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.	ı migliorate di almeno il 5% rispetto al 2015. Secondo g	li ultimi dati disponibili risultano soddisfatti o mig	jliorati 5 indicatori su 15.
	Obiettivo Operativo:	C.13 Sperimentazione clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	ni		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			
Objettivo	E.b) List	E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali	ulatoriali		Ambito obiettivo:
strategico		Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		40%	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: Objettivo 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.	ge l'obiettivo. Delle 27 branche rimanenti: 18 miglioranc	, rispetto al 2015 e 9 peggiorano rispetto al 20	15.
	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			

	í				
Objettivo	r) Kispe	r) Kispetto dei contentii e delle tempistiche dei fiussi informativi ricompresi nei Nuovo Sistema informativo Santario: digitalizzazione delle Informazioni	uovo sistema intormativo sanitario: digitalizzazio	ne delle informazioni	Ambito obiettivo:
strategico	-	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		75%	digitalizzazione
	Obiettivo Operativo:	F.2 Firma digitale e notifiche al registry regionale della creaz	ione 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	%001
		Unità operative: Chirurgia, Ortopedia, Chirurgia Artroscopica, P.S. Anestesia e rian, Laboratorio an, Radiologia, Riabilitazione, Lungodegenza, Neurologia, SPDC	V.S. Anestesia e rian, Urologia, Oculistica, ORL, Ostetricia e gin, Pediatria, Cardiologia, Geriatria, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Anatomia pat, rologia, SPDC	diologia, Geriatria, Medicina, Nefrologia, Onco	ologia, Anatomia pat.,
		Note: Obiettivo raggiunto			
	Objettivo 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	%56 ≥)	%86	100%
		Unità operative:Chirurgia, Ortopedia, Chirurgia Artroscopica, P.S, Urologia, Oculisticc Lungodegenza, Neurologia, SPDC	S, Urologia, Oculistica, ORL, Ostetricia e gin., Pediatria, Cardiologia, Geriatria, Medicina, Nefrologia, Oncologia, Diabetologia, Riabilitazione,	Medicina, Nefrologia, Oncologia, Diabetologic	a, Riabilitazione,
•		Note: Nel corso del 2016 la Regione ha modificato il valore soglia portandolo dal 95% al 90% per cui l'obiettivo risulta raggiunto.	95% al 90% per cui l'obiettivo risulta raggiunto.		
	Objettivo 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	%06 ≥	%26	100%
		F.4.e) Flusso farmaci: invio dei dari 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%	%56	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%	%66	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%	%86	100%
		Unità operative: Direzione Distretto Unico			
		Note: Obiettivo non raggiunto in quanto tutti gli indicatori devono essere soddisfatti simultaneamente.	nultaneamente.		

11

biettivo	bietitvo F. 5. Adempimenti in materia di aestione informatica della residenzialità extraosaedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali	aliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali		3001
perativo:		6		S/
	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	%001
	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	%001
	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 dari 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	%001
	Unità operative: Servizi Integrati alla persona			
	Note: Objettivo raggiunto			

ALLEGATO 2.a)

OBIETTIVI D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015

			OBIELLIVI D.G.K. n. Z	ELLIVI D.G.K. n. 2072 del 30 dicembre 2013		
AREA STRATEGICA			TECNICO	TECNICO - AMMINISTRATIVA		
Prospettiva			ECONC	ECONOMICO-FINANZIARIA		
	Objettivo B.a	.a) Corr	B.a) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate			Ambito objettivo:
		irado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	contenimento della spesa
	ōổ	Objettivo Operativo:	B.1 Riduzione dei prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	vimento regionale		100 %
	1		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 effetivo 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			
	Objettivo D.1 strategico Gra	.1) Risp trado di	D.1) Rispetto della programmazione regionale sul costi Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%001	Ambito obiettivo: contenimento della spesa
	ō	Objettivo Operativo:	D.1. Rispetto del tetto di costo del personale			% 001
	j		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			
	Objettivo D.2	.2) Equi	D.2) Equilibrio economico-finanziario			Ambito objettivo:
	strategico Gra	irado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	contenimento della spesa
	ō	Objettivo 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, Direzione Medica di Presidio, Farmacio, Direzione Distretto Unico, Serv integrati alla persona, SISP, Dipendenze - come centri ordinatori	ne tecnica del patrimonio, Gestione del Personale, Control ersona, SISP, Dipendenze - come centri ordinatori	Controllo di gestione, Coordinamento Ospedale Unico	
			Note: Obiettivo raggiunto			
	ōổ	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 Distretto Unico, Serv integrati alla persona, SISP, Dipendenze - come centri ordinatori	, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Gestione del Personale, Contab ico, Serv integrati alla persona, SISP, Dipendenze - come centri ordinatori	ilità e bilancio, Coordinamento Ospedale Unico	
			Note: Obiettivo Raggiunto			
	ō	Objettivo Operativo:	D.4 Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati	nitarie da privati accreditati		%001
	j		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: Objettivo Raggiunto			

Prospertiva Obientivo Obientivo Obientivo Obientivo B State Obientivo Obientivo B S S Obientivo Obientivo N N N Obientivo Obi	B.b.) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate: governo del sistema Grado di raggiungimento complessivo dell'objettivo strategico: Chiettivo B.2. Contabilità analitica e Modello LA Indicatore: B.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica per regionale Unità operative: Controllo di Gestione Obiettivo Obiettivo B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale simes B.3.1. Tempi di struttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES B.3.1. Tempi di struttoria e di inserimento dei dati nel gestionale simes	Introltate: governo del sistema Target 2016 Target 2016 Risperto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016		Ambite obiettivo: 100% Grado di raggiungimento 100%
	eaggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: eaggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 8.2. Contabilità analitica e Modello LA Indicatore: 8.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto 8.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: 8.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale ElMES	Rispetto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Consuntivo 2016 Rispettate scadenze	Ambito obiettivo: 100% Grado di raggiungimento 100%
	agglungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 8.2. Contabilità analitica e Modello LA Indicatore: 8.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto 8.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: 8.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale EIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Consumity 2016 Rispertate scadenze	Ambiro obiemvo: 100% Grado di raggiungimento 100%
	B.2. Contabilità analitica e Modello LA Indicatore: B.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: B.3. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale SIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Consuntivo 2016 Rispettate scadenze	100% Grado di raggiungimento 100%
	Indicatore: 8.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto 8.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: 8.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Rispetto delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Consuntivo 2016 Rispettate scadenze	Grado di raggiungimento 100%
 -	B.2.1. Verifica del modello di alimentazione del sistema di contabilità analitica standard regionale Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Rispetro delle scadenze e dei contenuti rispetto alle richieste regionali Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	Rispettate scadenze	100%
	Unità operative: Controllo di Gestione Note: Obiettivo Raggiunto 8.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: 8.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016		
	Note: Obiettivo Raggiunto B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	:	
	B.3. Applicare le nuove politiche di Assicurazione Indicatore: B.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016	:	
·	Indicatore: 8.3.1. Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale SIMES	Target 2016 Rispetto delle scadenze per gli adempimenti prodromici alla trattazione dei sinistri aperti in febbraio/marzo 2016		%001
<u> </u>	8.3.1. 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	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
			Rispettati i tempi di istruttoria e inserimento dari in SIMES	100%
	Unità operative: Affari generali			
	Note: Obiettivo raggiunto			
	C.b) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi: riorganizzazione dell'attività ospedaliera e territoriale	pedaliera e territoriale		
	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	Ambito obiettivo:
Objettivo C	C.11 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA			%001
4	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
0 2	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%
12	Unità operative: Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Att. Amm. Ospedale-terr, Provveditorato e logistica, Sistemi Informativi	tt. Amm. Ospedale-terr., Provveditorato e logistica, Sistem	i Informativi	
	Note: Obiełtivo raggiunto			
Objettivo E.b) Liste d	E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatoriali	ulatoriali		A L'12 L'12
strategico Grado di ra	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	Ambiro obiemvo:
Objetivo: Coperativo:	E.3. Appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche			%001
	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
ш	E.3.1. Verifica della presenza del quesito diagnostivo	%06	Attivata a livello distrettuale la segnalazione agli MMG e specialisti delle prescrizioni inappropriate % di errori 2,6%; presenza questito 97,4%	100%
ם	Unità operative: Sistemi informativi			
2	Note: Objettivo raggiunto			

14

Grado di	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%08	digitalizzazione
Objettivo Operativo:	F.1. Completezza e tempestività del flusso SDO			%001
	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			
Objettivo Operativo:	F.2. Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiomamento dei documenti clinici	to dei documenti clinici		%001
	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			
	Nore:			
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 telematid (erogatori privati compresi)	> 95%	100%	100%
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Objettivo 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 DMs. % 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)	%06 ₹	101%	100%
	F.4.b) Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (8.1.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.	h.d
	Unità operative: Provveditorato e logistica, Sistemi Informativi			
	F.4.g) Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DMs: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	%56 <	%66	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%	2%	%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%	%86	%001
	Unità operative: Sistemi informativi			

biettivo perativo:	F.5. Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR Regionali	daliera (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	flusso informativo Rispetto delle scadenze e invio del flusso senza errori	Ctottorial Ornobory	%00 L
	sulla residenzialità extraospedaliera	bloccanti	ocadelize hisperiale	9/00-1
	Unità operative: Sistemi informativi			
	Note: Objettivo Raggiunto			

OBIETTIVI TRASVERSALI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

STRATEGIC A		OIOOS	SOCIO SANITARIA		
Prospettiva			ECONOMICO FINANZIARIA		
	Objettivo D.2) Equ	Obiertivo D.2) Equilibrio economico-finanziario			Ambito objettivo:
	strategico Grado di	strategico Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		94,30%	contenimento della spesa
	Objettivo Operativo:	Obiettivo 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	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. Ritabilitazione, Anatomia Pat., Laboratorio an., Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiatria, SISA, Medicina legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot., Serv. Infr.,

Serv integrati alla persona, Direzione distretto unico

Note: Obientivo parzialmente raggiunto. La causa del mancato raggiungimento dell'obientivo 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).

2		DEI PORTATOI	DEI PORTATORI DI INTERFESI		
namodo i					
	Objettivo 1) Be strategico Grad	 Benessere Organizzativo Grado di racquiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 		%OO1	Ambito obiettivo: standard di qualità
		Ohiamiva		200	-
	Open	Operativo:			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.	edicina Legale, Area A, B, C.		
		Note: Obiettivo Raggiunto			
	Objettive 2) Ri	2) Rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda			Ambito objettivo:
	strategico Grad	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%16	standard di qualità
	Obie	Obiettivo AZ. 22 Predisposizione delle attività necessarie al rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della LR 22/2002 Operativo:	nda ai sensi della LR 22/2002		%16
		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 aggiomamento e diffusione	Presenza dei rapporti di audit	12 strutt. hanno raggiunto l'obientivo 17 strutt. hanno ragg. parzialmente l'obientivo % raggiugimento compli: 54%	
		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%	į
		Produrre le evidenze aggiomate 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'obientivo 8 strutt. hanno ragg. parzialmente l'obientivo % raggiugimento compl.: 81%	82%
		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'obientivo 5 strutt. hanno raggiunto parzialmente l'obientivo % raggiugimento compl.: 85%	
		Unità Operativa: Urologia, Ortopedia, ORL, Oculistica, Chirurgia, DS multidisc., PS, Anestesia e Rian, Osterrida e gin, Pediatria, Cardiologia, Nedricina, Nedrologia, Ortopedia, Ortopogia, Diaberologia, Gastroenterologia, BL, Anestesia e Rian, Osterrida e gin, Pediatria, SPDC, Direzione Distretto unico, Dipendenze, Servizi integrati alla persona, Cure primarie, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Aree Vers. A,B,C, DMPO	tetricia e gin,, Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nezione Distretto unico, Dipendenze, Servizi integro	lefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, G iti alla persona, Cure primarie, SISP, SIAN, SPISAL,	Sastroenterologia, , Medicina legale, Aree Vet.:
		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	%00 l	%001
		Unità Operativa: Farmacia, Prevenzione e prot., Professioni sanitarie			
		Note: Objettivo Raggiunto			

Obietivo D) Preve strategico Grado di Obietivo Operativo:	o) Prevenzione della corruzione			Ambito obiettivo:
	Grado di raggimpimento complessivo dell'objettivo strategico:		7000 88	standard di aualità
Objectivo Operativo			88,3070	5
	Az. 10 trevenzione della corruzione: area ai rischio contrami publici quamiticazione dei bisogni - Definire i criteri adottati dalla Commissione tecnica aziendale dei dispositivi medici per valutare l'acauisto degli stessi	acquisto degli stessi.		%001
		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 utilizza sono insa L'istruzione op	100%
	Unità Operativa: Farmacia			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Objettivo Operativo:	Az. 13 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: fatture attive - : Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione	live -		%001
		Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione (diviso per area gestionale) sulla Fatture attive dipartimento di prevenzione: 2016>2015	Fathure 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.	
	Unità Operativa: SISP, SIAN, SPISAL, Medicina Legale, Area A,B,C			
	Note: Objettivo Raggiunto			
Objettive	1	di lavoro -		100 %
	Indicatore	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Aggiormamento 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 n. procedure esistenti/n, procedure revisionate=1 nei luoghi di lavoro. Inserimenti di specifici indicatori	i 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 Padava hamo inolirato in Regione una proposta di integrazione/modifica della marrice dei rischi. Non ancora pervenuto dalla Regione il documento definitivo.	
	Unità Operativa: SPISAL			
	Note: Objettivo Raggiunto			
Objective				%001
•	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Verifica di congruità tra carico e scarico in reparto	costo farmad scaduti 2016<2015	Farmad scadul resi da reparto anno 2015 € 15.778,34 anno 2016 € 7.976,22	100%
	Unità Operativa: Farmacia			
	Note: Objettivo Raggiunto			
Objettivo: 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			%001
		Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Verbali incontri per l'avvio di un sistema di controllo nelle case di riposo	n. incontri∫n. verball≔ 1	Verbalizzato incontro tra Disabilità e Farmacia per la definizione delle modalità di attuazione del progetto, incontro con Fondazione S. Teda che si è resa disponibile per l'attuazione della sperimentazione.	100%
	Unità Operativa: Direzione Distretto Unico, Servizi integrati alla persona			
	Note: Obietrivo Raggiunto			

Objettivo 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			%001
	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Presenza del sistema informatico di prescrizione/sommne 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 furmacologica 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.			
Objettivo Operativo:	Obietivo A.Z. 21 Prevenzione della corruzione: area libera prof.ne: negoziazione prestazioni - Operativo: Attivazione controlli semestrali sulla turnazione dei diridenti aventi diritto per l'eroagzione di prestazioni aggiuntive	azioni aggiuntive		%0
		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: Objettivo non Raggiunto in quanto non sono stait attivati i report di controllo.			
Objettivo Operativo:	AZ. 23 Prevenzione della corruzione: area libera profine: negoziazione prestazioni - Definizione di una procedura che definisca modalità e criteri per il contenimento del rischio di preferenza di calcuni soggetti nella negoziazione di prestazioni in libera professione - mancata trasparenza nella procedura di assegnazione	una procedura che definisca modalità e criteri per procedura di assegnazione	il contenimento del rischio di preferenza di	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 negaziazione e verifica della corretta tumazione dei dirigenti medici.	%001
	Unità Operativa: Direzione medica di Presidio			
	Note: Objettivo Raggiunto			
Objettive	Az. 24 Prevenzione della corruzione: area liste di attesa: assegnazione -			100 %
		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 effetuate per mese con evidenza di quelle inserite con forzatura.	100%
	Unità Operativa: Direzione medica di Presidio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva		DEI PROCESSI INTERNI: (EI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE	E	
	Objettivo E.b) Liste di attesa:	E.b) Liste di attesa: implementazione del sistema di governo delle prestazioni ambulatorali			Ambito obiettivo:
_	strategico Grado di raggiungir	strategico Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	standard di qualità
	Objettivo: AZ. 50 Prei	Obientivo. AZ. 50 Prenotazione della visita di controllo dopo la prima visita da parte dello specialista - solo per i controlli entro i sei mesi	er i controlli entro i sei mesi		100%
	Indicatore:		Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Aumento de	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:Chira Riabilitazione, SPDC	Initia operative:Chirurgia, Oculistica, ORL, Onopedia, Unologia, Chirurgia antroscopica, Anestesia e Rianimazione, Ostentida-gin. Pedianta, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Lungodegenza, iabilitazione, SPDC	ianimazione, Ostetricia-gin. Pediatria, Cardiologia,	Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabe	stologia, Lungodegenza,

		3) Annoniatozza praecrittiva farmaneutica			
Objettivo		Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		76,40%	Ambito obietrivo: 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	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%
		farmaci a brevetto scaduto	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.	nti trattati con insulina biosimilare e quello relativo c	si pazienti naive trattati dall'urologia con farmaco a	s brevetto scaduto.
	Obiettivo Operativo:	AZ. 49 Appropriatezza della prescrizione farmaceutica: farmaci ad alto costo			%001
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		quota di assistiti trattati con interferoni beta nella sderosi 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: Objettivo Raggiunto			
Objettivo		4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio - Non conformità			Ambito objettivo:
strategico		Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100%	standard di qualità
	Obiettivo Operativo:	AZ. 51 Compimento delle attività necessarie per la risoluzion 22/2002	e delle Non Conformità rilasciate dal GTM regionale per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR	II'esercizio dell'Azienda ai sensi della LR	100%
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		Risolvere le Nan Conformità trasmesse con apposita nota. Tempi di adeguamento: 6 mesi/anno	Presenza dei documenti dhe attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze di competenza	%001
		Unità operative: Pronto Socc, Lungodegenza, Riabilitazione, Anatomia Pat, Laboratorio an, Radiologia, SIT, SPDC, Psichiatria, Cure Primarie, Dipendenze, DMPO, SIAP	a, SIT, SPDC, Psichiatria, Cure Primarie, Dipendenze	s, 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 rilasdate alla UO/servizio	Tutte le UO coinvolte hamo pradotto le evidenze di competenza	%001
		Unità operative: Chirurgia, Oculistica, ORL, Ortopedia, Urologia, Day Surgery, Pronto Socc., Anestesia Rian., Osterricia gin., Pediatria, Cardiologia, Medicina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetologia, Riabilitazione, Anatomia pat., Laboratorio an., Radiologia, SIT, SPDC, DMPO	Rian., Ostetricia gin., Pediatria, Cardiologia, Medic	ina, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Diabetolog	gia, Riabilitazione, Anatomia
		Note: Obiettivo Raggiunto			

Prospettiva		DI APPRENDIMENTO E CRESCITA: SVILUPPO DEL	SCITA: SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO, INFORMATIVO ED ORGANIZZATIVO	IIVO ED ORGANIZZATIVO	
	Obiettivo P. Attuazio strategico Grado di ra	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:	ille ferie del personale	84,6%	Ambito obiettivo: contenimento della spesa
•	Objettivo A	AZ.2 Gestione delle ferie maturate e non godute e budget delle ore straordinarie			84,6%
		indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	ĽΣ	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	%5'3%
		Unità Operative: Chirurgia, Ortopedia, Urologia, DS Multidisc., Oculistica, ORL, Anestesia Rian, PS, Radiologia, Pediatria, Osterria e gin., Cardiologia, Nediana Ortopedia, Nefrologia, Diabetologia, Laboratorio an, Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiatria, SISP, SIAN, SPISAL, Mediana legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot, Professioni san, Direzione distretto unico, Serv integrati alla persona	diologia, Pediarria, Osterricia e gin., Cardiologia, I SPDC, Psichiarria, SISP, SIAN, SPISAL, Mediana lego	wedicina, Oncologia, Nefrologia, Diaberologia, Lunale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzio	godegenza, Neurologia, ne e prot., Professioni san.,
	ŭ Ü	Dirigenza Medica: rispetro delle indicazioni contenute nel Regolamento aziendale sull'orario di servizio e di lavoro del 28/6/2011	Dirigenza medica: rispetro 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: Chirugia, Oropedia, Urologia, DS Multidisc., Oculistica, ORL, Anestesia Rian, PS, Radiologia, Psediaria, Osterricia e gin., Cardiologia, Medicina, Oncologia, Nefrologia, Dioberologia, Luboratorio an, Sit, Dipendenze, Cure Primarie, SPDC; Psichiaria, SISP, SIAN, SPISAL, Medicina legale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzione e prot, Professioni san, Direzione distretto unico, Serv integrati alla persona	diologia, Pedianta, Ostenria e gin., Cardiologia, I SPDC; Psichianta, SISP, SIAN, SPISAL, Mediana lega	Wedicina, Oncologia, Nefrologia, Diaberologia, Lun ale, Area Vet. A, B, C, DMPO, Farmacia, Prevenzio	godegenza, Neurologia, ne e prot., Professioni san,
		Note: Obietivo parzialmente raggiunto in parte perché non sono stati fruiti i giorni di ferie previsti ed in parte perché alcune struture non hanno rispettato il budget assegnato relativo alle ore straordinarie.	n parte perché alcune strutture non hanno rispettato	il budget assegnato relativo alle ore straordinarie	
		P.1 Attuazione di iniziative per la formazione ed integrazione del personale nel Nuovo Polo Ospedaliero	edaliero		Ambito obiettivo:
	strategico Grado di ra	Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		95,8%	standard di qualità
	Objettivo Operativo:	AZ. 41 Formazione di base su TESI (nuovo sistema informatico di Anatomia patologica) del personale del comparto	ile del comparto		100%
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	0`	% del personale del comparto formato	> 60%	Tutto il personale è stato formato all'uso del sistema TESI	100%
	<u>~ 2</u>	Unità operative: Anatomia Patologica Note: Obisativo condinato			
	_	Note: Cocamo de garano A.Z. 42 Gestione centralizzata del POCT Conseive - Montagnana			100%
	Operativo:	ndicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di ragginnaimento
	<u>, a. II.</u>	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%
	2 د ,	Unità operative: Laboratorio Analisi Note: Obisativo constituto			
	Objettivo Operativo:	reger cocomo reggano. AZ. 43 Integrazione personale infermieristico dei servizi diagnostici: Radiologia, Laboratorio e Trasfusionale	usionale		100 %
	+=	ndicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	0,	% 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 tumover nelle due U.O., SIT e Laboratorio analisi.	100%
	<u>. ~ 1</u>	Unità operative: Laboratorio analisi, SIT			
	6,	% 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			
	I				

OBIETTIVI TRASVERSALI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE

		OBIETTIVI TRASVERSALI DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE	SLIORAMENTO AZIENDALE		
AREA STRATEGICA		TECNICO - AI	TECNICO - AMMINISTRATIVA		
Prospettiva		ECONOMIC	ECONOMICO-FINANZIARIA		
	Objettivo D.2) Equatrategico Grado d	D.2) Equilibrio economico-finanziario Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%£′16	Ambito obiettivo: contenimento della spesa
	Objettivo 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 glacenze	%6'88
		Unità operative: Affari gen, Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contrabilità e bilancio, Gestione del Personale, Sistemi informativi, Coordinamento Ospedale Unico	atrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilanc	io, Gestione del Personale, Sistemi informativi, Coor	ordinamento Ospedale Unico
		Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. La causa del mancato raggiungimento dell'obiettivo deriva dall (rilevazione delle giacenze eseguita su tutti i centri di costo ma il caricamento nella procedura informatic	raggiungimento dell'obientivo deriva dalla parziale rilevazione delle giacenze (non è stata rilevata in tutti i centri di costo) oppure dall'errata attribuzione al centro di costo il caricamento nella procedura informatica è avvenuto solo su un centro di costo).	rilevata in tutti i centri di costo) oppure dall'errata c	attribuzione al centro di costo
	Objettivo	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 fomiti	43 indicatori su 48 risultano raggiunti	%9'56
		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 mativi 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 rispetro alle previsioni di BEP nei termini previsti per il rispetto delle scadenze e predisposizione di apposita relazione sui moriivi 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 rispetro dei tempi previsti dal calendario di bilando; 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 teatica del patrimonio, Controllo di gestione, Controllià e bilancio, Gestione del Personale, Coordinamento Ospedale Unico. Direzione Distretto unico, Servizi integrati alla persona, Dipendenze, SISP, DMPO, Farmacia - come centri ordinatori	atrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilanc	io, Gestione del Personale, Coordinamento Ospeda	ale Unico Direzione Distretto
		Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. Alcune struture presentano difficoltà nel rispettare le scadenze soprattutto per quanto riguarda gli adempimenti relativi al calendariodi bilando.	e soprattutto per quanto riguarda gli adempimenti r	elativi al calendariodi bilancio.	
	Objettivo: Operativo:	AZ 4. Qualità dei dari di bilancio			%6'96
		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		%08′1-	98,20%
		% scostamento tra i dati forniti a Preconsuntivo sui dati forniti a Bilancio di Esercizio		+0,83%	%21′66
		Unità operative: Affari gen., Gestione del personale, Attività amm. Ospedale-territorio, Provveditorato Dipendenze, SISP, DMPO, Farmacia - come centri ordinatori	amm. Ospedale-territorio, Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Coordinamento Ospedale Unico - Direzione Distretto Unico, Serv. Integrati alla persona,	Ospedale Unico - Direzione Distretto Unico, Serv. Inte	ntegrati alla persona,
		Note: Obiettivo parzialmente raggiunto. Esistono ancora delle criticità sull'emissione degli ordini mensili/	criticità sull'emissione degli ordini mensili/trimestrali e sulle previsioni di costo per l'aggiornamento del Bilando Economico Preventivo.	mento del Bilancio Economico Preventivo.	

Prospettiva				DEI PORTATORI DI INTERESSI		
	Objettivo 2) I strategico Gra) Rinnovo ìrado di ra	 Rinnovo dell'accreditamento dell'Azienda Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico: 		%001	Ambito obiettivo: standard di qualità
•	o o	Objettivo Operativo:	AZ 22. Predisposizione delle attività necessarie per il rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e accre	dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Azienda ai sensi della L.R. 22/2005	lla L.R. 22/2002	%001
	J		indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		υ σ .Ξ	Collaborazione e parrecipazione 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	Tute le struture dell'area amministrativa hanno raggiunto l'obiettivo	100%
		<u> </u>	n., Attività amm. Ospedale-territorio,	rimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilanc	Provveditorato, Gestione tecnica del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Gestione del Personale, Sistemi informativi, Coordinamento Ospedale Unico	rdinamento Ospedale Unico
			Note: Objettivo Raggiunto			
	Obiettivo 5) strategico Gra) Prevenza Trado di ra	5) Prevenzione della corruzione Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		%001	Ambito obiettivo: standard di qualità
_	ο̈́ο	Objettivo A	AZ .7 Prevenzione della corruzione: area di rischio elaborazione stipendi - Controllo mensile sui caricamenti stipendiali			100 %
	J	Ī	indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		ωŏ	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%
		<u> </u>	Unità operative: Gestione del personale			
		ız	Note: L'obiettivo si intende raggiunto in quanto mancano attualmente gli strumenti informatici per la sua realizzazione	alizzazione		
	O O	Objettivo A	AZ. 8 Prevenzione della corruzione: area di rischio conferimento incarichi - Richiesta autorizzazione alla Regione Veneto			%001
		=	ndicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		Δ.	Presenza della richiesta di autorizzazione alla Regione per avviso incarico struttura complessa	n. avvisj/n. richieste Regione= 1	Tutti gli avvisi per incarico di struttura complessa sono stati autorizzati dalla Regione.	100%
		<u> </u>	Unità operative: Gestione del personale			
	Į	_	Note: Obiettivo Raggiunto			
	о 6	Objettivo A	A.Z. 9 Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti publici pianificazione degli acquisti - Predisposizione del documento di programmazione degli acquisti di beni e servizi			0001
			Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		Δ.	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%
		<u> > </u> ;	Unità operative: Provveditorato e logistica, Gestione tecnica del patrimonio			
	L	_	Note: Obiettivo Raggiunto			
	о 6	Objettivo A	A.Z. 11 Prevenzione della corruzione: area di rischio contratti pubblici esecuzione del contratto - Monitoraggio esecuzione dei contratti			,001
		<u>-</u>	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		<i>></i> ₹	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	%001
		<u> > </u>	Unità operative: Coordinamento ospedale unico, Gestione tecnica del patrimonio			
			Note: Objettivo Raggiunto			

Objettivo	AZ. 12 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: fatture passive -	sive -		
Operativo:				100%
	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Predisposizione e pubblicazione procedura aziendale relativa al dclo passivo	Procedura pubblicata nel sistema qualità aziendale	Predisposta la procedura aziendale relativa la ciclo passivo. L'iter descrito sarà totalmente rivisto a parire dal 2017 a seguito della nascita Ulss 6. Per tale motivo non si è ritenuro di pubblicarla secondo il sistema qualità.	100%
	Unità operative: Contabilità e bilancio			
	Note: Obiettivo Raggiunto			
Objettivo Operativo:	Az. 13 Prevenzione della corruzione: area di rischio gestione entrale/ spese/ patrimonio: fatture attive - Mappatura delle attività che generano credito del Dip. Prevenzione	- 9/		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 nomendatore tariffario dell'area prevenzione	Fatture attive dipartimento di prevenzione: 2016>2015	Caricato II 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 cu è possibile attivare una sorta di "prenotazione" pagando in anticipo la prestazione evitando il paganento attroverso il bollettivo popstatle. Attività conclusa.	%001
	Unità operative: Contabilità e bilancio			
	Note: Objettivo Raggiunto			
Objettive	_	di bilancio -		%001
	_	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. partedpazioni agli incontri ≥ 70%	Su 8 convocazioni in Regione la partecipazione è stata garantita in 7 convocazioni pari all'88%	%001
	Unità operative: Contabilità e bilando Note: Obiettivo Raggiunto			
Objettivo Operativo:	Az. 15 Prevenzione della corvizione: area di rischio gestione entrate/ spese/ patrimonio: acquisto e locazione immobili - Definizione della procedura che espliciti i passagai di locazione immobili	ocazione immobili -		%001
		Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Predisposizione della procedura sulla locazione degli immobili	Procedura pubblicata nel sistema qualità aziendale	L'azienda non può sipulare contratti di locazione. E' prevista solo la concessione in comodato d'uso gratuito o la concessione il locazione.	%001
	Unità operative: Gestione tecnica del patrimonio			
	Note: L'Obiettivo si ritiene raggiunto in quanto l'attività in oggetto non è attuabile.			
Objettivo Operativo:	Az. 17 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: pres <i>c</i> rizione farmaci - Raccolta dichiarazioni dei medici prescrittori ospedalieri			100%
	Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
	Raccolta delle dichiarazioni sottosaritte dai medici presarittori 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.	%001
	Unità operative: Affari generali			
	Note: Obiettivo Raggiunto			

	Objettivo Operativo:	Obientivo A.Z. 20 Prevenzione della corruzione: area farmaceutica: somm.ne farmaci in ospedale - Derativo: [Definizione di un sistema di controllo somm.ne individuale farmaci in ospedale			%001
		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'anività 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 dinica	%001
		Unità operative: Sistemi informativi			
		Note: Obiettivo Raggiunto			
		DEI PROCESSI INTERNI: (DEI PROCESSI INTERNI: OPERATIVI E DI INNOVAZIONE	E	
Objettivo	G) Proge	Objettivo G) Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia			Ambito obiettivo:
strategico	Grado d	strategico Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:		100 %	contenimento della spesa
	Objettivo Operativo:	Obiettivo: G.1. Progetto di realizzazione dei bunker per la Radioterapia			100%
		Indicatore:	Target 2016	Consuntivo 2016	Grado di raggiungimento
		Predisposizione delibere per indizione agra d'appalto e per aggiudicazione agra d'appalto per	sottoscrizione contratto con la società incaricata	Indizione gara d'appalto DL 306/2016	

Prospettiva

		Note:	
Prospettiva		DI APPRENDIMENTO E CRESCITA: SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO, INFORMATIVO ED ORGANIZZATIVO	
	Objettive	Obserso e granting on the second of the seco	Ambito obiettivo:
	strategica	strategico Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:	contenimento della spesa
		Obletivo Az 2. Gestione delle ferie matuate e non acadute e budget delle ore straordinarie	75.7%

Grado di raggiungimento

100%

Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze

di competenza

Consuntivo 2016

Compinento 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 LF

Grado di raggiungimento complessivo dell'obiettivo strategico:

4) Rinnovo autorizzazione all'esercizio - non conformità

Note: Obiettivo Raggiunto

100%

Tutte le UO coinvolte hanno prodotto le evidenze

Presenza dei documenti che attestino le evidenze

UO/servizio

dell'adeguamento alle NC rilasciate alla

UO/servizio

Unità operative: Coordinamento Ospedale unico, Gestione tecnica del patrimonio, Sistemi Informativi

organizzazione interna in relazione all'utilizzo degli spazi/locali deposito per materiale pulito, isolvere le Non Conformità trasmesse con nota prot. 219200 del 27/1/2016 "rivedere" attrezzature, materiale sporco, materiale per pulizie." Tempi di adeguamento: 6 mesi

Risolvere le Non Conformità trasmesse con apposita nota.

ndicatore:

empi di adeguamento: 6 mesi/anno anno

Presenza dei documenti che attestino le evidenze dell'adeguamento alle NC rilasciate alla

Target 2016

di competenza

standard di qualità Ambito objettivo:

100%

aggiudicazione e affidamento lavori DL

per la realizzazione della nuova struttura per

edisposizione 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

Unità operative: Coordinamento Ospedale Unico

Radioterapia

581/2016

Objettivo Operativo:	Obiethivo AZ 2. Gestione delle ferie matuate e non godute e budget delle ore straordinarie Operativo:			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 partimonio, Controllo di gestione, Contabilità e bilancio, Coordinamento ospedale unico	arritorio, Provveditorato e logistica, Gestione tecnica	s del patrimonio, Controllo di gestione, Contabilità	e bilancio, Coordinamento
	State of the state	Comparto: rispetto del budget delle ore	3 strutture su 9 non hanno rispettato il budget	/02 77

Note: Obietivo parzialmente raggiunto in quanto entrambe gli indicatori non sono stati completamente soddisfatti.

omparto: rispetto del budget delle ore straordinarie assegnato

spedale unico

Juità 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

straordinarie assegnato

10



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

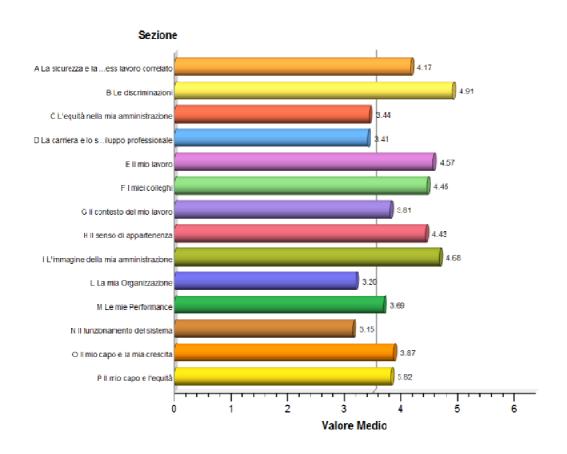
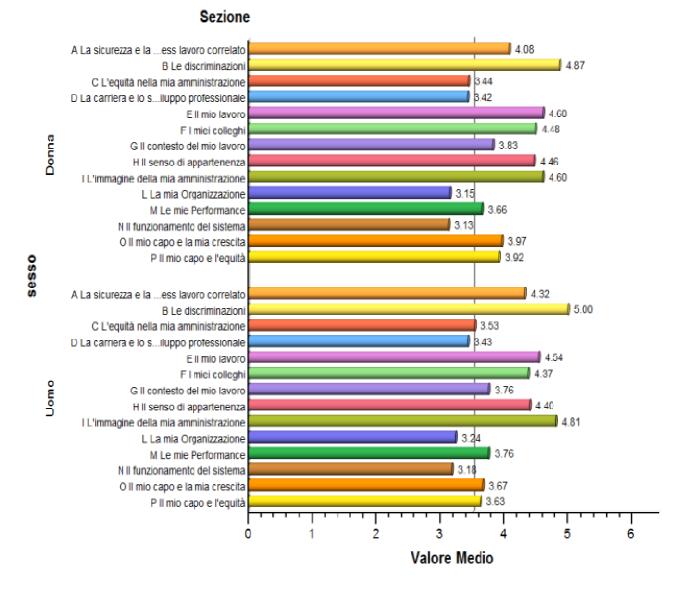




Grafico 2 . Valori medi per sezione e per genere Area Territoriale



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

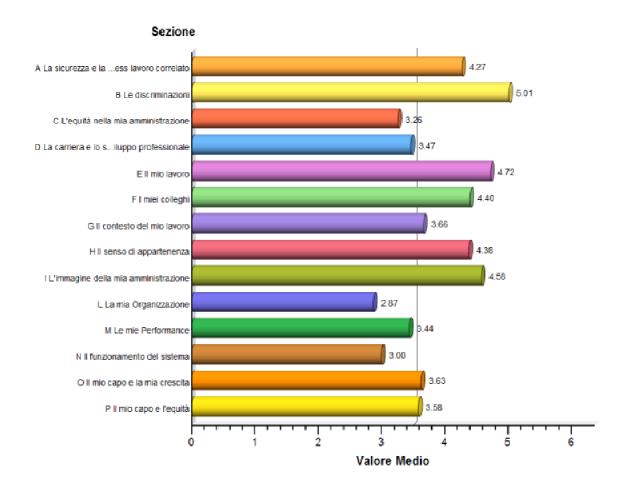
O Il mio capo e la mia crescita D3.97 U3.67 p>0.0072

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



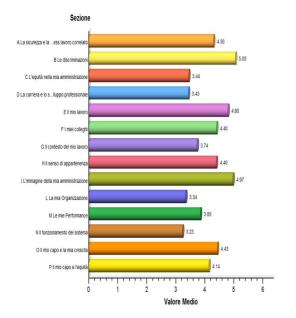
I dati riepilogativi evidenziano che l'area maggiormente critica risulta essere quella relativa alla condivisione del sistema. Sebbene la media dell'area (3.10) risulti essere appena di poco inferiore al valore medio del questionario (3,5), gli ambiti relativi alla percezione delle modalità organizzative aziendali e del sistema di valutazione della performance appaiono meno efficaci.

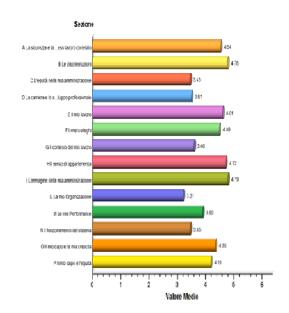
Risultati migliori invece si hanno nelle aree relative al benessere organizzativo ed alla valutazione del superiore gerarchico. Si evidenzia come sia presente una positiva immagine della propria azienda ed una scarsa percezione della presenza di discriminazioni assieme ad un discreto senso di appartenenza.



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.