

PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

DOCUMENTO DI DIRETTIVE

2015-2017

focus anno duemilaquindici

SOMMARIO

<i>Documenti di Programmazione</i>	3
<i>Mission e Vision: chi siamo e cosa facciamo</i>	5
<i>L'organizzazione Aziendale</i>	7
<i>Riferimenti normativi</i>	8
<i>Il ciclo di gestione della performance</i>	11
Tempistica del ciclo di gestione della performance 2015	12
1.LINEE DI PROGRAMMAZIONE ED OBIETTIVI	13
2.PROCESSO DI BUDGET	15
3.MONITORAGGIO INTERMEDIO DEGLI OBIETTIVI	16
4.VALUTAZIONE FINALE	17
5.SISTEMA PREMIANTE	19

Documenti di Programmazione

La L.R. n. 55 del 1994, indicante le norme sull'assetto programmatico, contabile e gestionale e di controllo delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, prevede l'applicazione della metodica di budget: in particolare, l'art. 14 individua il "Documento di Direttive" quale strumento formulato dal Direttore Generale per il raccordo tra gli strumenti della programmazione regionale e i budget Aziendali, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati dall'Azienda.

Il Documento di Direttive definisce gli obiettivi generali che l'Azienda è chiamata a raggiungere coerentemente con gli indirizzi, le linee guida, i criteri e i vincoli - sia di natura esterna: istituzionali - sia di natura interna: strategici - individuati come prioritari nel biennio di riferimento dalla Direzione Aziendale. Esso rappresenta, pertanto, il punto di riferimento dal quale poi sviluppare la progettualità a tutti i livelli Aziendali, e si traduce operativamente nella formulazione del budget generale Aziendale da cui sono declinati i budget delle Strutture e dei centri di responsabilità.

Il D.Lgs. n. 150/2009, attuativo della L. 15/2009, successivamente aggiornato con il D.Lgs. n. 33/2013, detta una nuova disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, con la finalità di assicurare una maggior qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, in un quadro di trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento. In particolare, l'art 10 comma a) prevede la predisposizione del "Piano della Performance" (in seguito denominato "PdP"), documento programmatico triennale - aggiornato annualmente - che:

- individua indirizzi e obiettivi strategici;
- definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

A livello Regionale, con la DGRV n. 2205/2012, vengono dettate le linee generali di indirizzo alle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale volte a favorire una applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti, per le parti applicabili, nel D.Lgs. n. 150/2009 in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza. In particolare PdP deve riportare:

- gli indirizzi e gli obiettivi Aziendali
- gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori
- gli indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi e dei risultati raggiunti dai dipendenti in rapporto agli obiettivi finali.

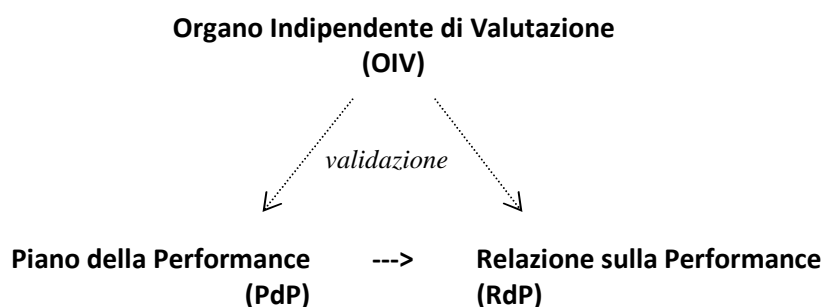
La principale novità rispetto al Documento di Direttive consiste nella previsione di indicatori destinati a misurare gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ai sensi dei DD.Lgs. n. 150/2009 e n. 33/2013, a tutto il personale ai sensi D.G.R. n. 2250/2012. La recente normativa prevede inoltre *esplicitamente* l'adozione di obiettivi misurabili per mezzo di indicatori *quantitativi*.

Tutto ciò premesso, l’Azienda ULSS 16 di Padova ritiene opportuno utilizzare PdP quale *unico* documento programmatico che soddisfi i requisiti legislativi delle norme nazionali e regionali attualmente vigenti. PdP pertanto rappresenta il riferimento nel processo di misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali.

PdP si prefigge pertanto di illustrare gli indirizzi operativi e i risultati attesi, esplicitando gli indicatori necessari nel processo di misurazione e valutazione, i cui risultati sono rappresentati all'interno della “Relazione sulla Performance” (in seguito denominata “RdP”, prevista dai DD.Lgs. n. 150/2009 e n. 33/2013 e dalla DGRV 2205/2013); RdP descrive i risultati organizzativi ed individuali raggiunti nel corso dell’esercizio annuale.

I contenuti di PdP e RdP sono validati da un Organo Indipendente di Valutazione (di seguito denominato “OIV”).

In sintesi:



Mission e Vision: chi siamo e cosa facciamo

Si riporta di seguito alcuni estratti dall'Atto Aziendale che inquadra l'Azienda e la sua attività:

“L'Azienda ULSS 16 di Padova, di seguito denominata Azienda, è costituita con Legge regionale n. 56 del 14 settembre 1994 con decorrenza dal 1 gennaio 1995.

L'azienda è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi dall'articolo 3 -comma 1 bis- del D Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e dalle successive modifiche e integrazioni (d'ora in avanti D.Lgs n. 502/92).”

“Il territorio di competenza dell'Azienda ULSS 16 copre complessivamente quasi 1/9 di quello totale della Regione Veneto, con una densità di popolazione tra le più alte in Italia. Appartengono all'ULSS 16 di Padova, oltre al comune capoluogo, che da solo comprende circa il 44% dell'intera popolazione dell'ULSS, i seguenti Comuni della Provincia: Abano Terme, Albignasego, Arzegrade, Brugine, Cadoneghe, Casalserugo, Cervarese Santa Croce, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Limena, Maserà di Padova, Mestrino, Montegrotto Terme, Noventa Padovana, Piove di Sacco, Polverara, Pontelongo, Ponte San Nicolò, Rovolon, Rubano, S. Angelo di Piove, Saccolongo, Saonara, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano.

Tale territorio è suddiviso in distretti socio-sanitari sulla base dei comuni o delle circoscrizioni del comune di Padova; la popolazione anagraficamente residente nel territorio dell'Ulss 16 al 01/01/2012 è di 485.077.”

“L'Azienda, quale ente strumentale della Regione Veneto, ha come propria missione quella di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale e di realizzare le finalità del servizio socio-sanitario regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

La visione strategica è quella di un'Azienda orientata ad offrire processi assistenziali e organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze

L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare nella comunità la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società, la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone e delle comunità.

L'Azienda assicura lo svolgimento delle proprie attività istituzionali nella prospettiva:

- di mantenere elevati livelli di qualità dell'assistenza riducendo i costi;
- di perseguire la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e della comunità nel proprio ambito territoriale;

- di creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale e umano del personale e dei collaboratori'.

Principi cardine dell'attività dell'ULSS sono:

- la centralità della persona e umanizzazione dell'assistenza: il target dell'attività dell'Azienda sanitaria resta sempre il miglioramento dello stato di salute psico fisica della popolazione
- la garanzia degli standard più elevati nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, sia per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni ospedaliere sia per tutte le attività sanitarie e socio sanitarie che rispondono alle necessità della popolazione nel contesto del territorio
- la formazione continua, che consente di valorizzare il capitale umano incrementandone conoscenze e competenze, e producendo come effetto collaterale il miglioramento dell'assistenza fornita al cittadino
- l'autonomia imprenditoriale, esercitata tramite l'emanazione dell'Atto Aziendale e la definizione degli obiettivi Aziendali che si intendono raggiungere in coerenza con la programmazione socio sanitaria regionale e nazionale;
- la condivisione degli obiettivi con il personale, che concorre secondo le proprie competenze e capacità al raggiungimento degli stessi."

Attorno a questi principi gravitano le scelte strategiche della Direzione Aziendale, che ha adottato le logiche del miglioramento continuo e della progettualità evolutiva, valorizzando le risorse umane, anche attraverso la realizzazione di adeguati percorsi di formazione e di incentivazione.

L'organizzazione Aziendale

L'organizzazione Aziendale è in parte delineata nella normativa nazionale e regionale vigente, per essere poi definita a livello Aziendale dall'Atto Aziendale e dagli altri documenti di autogoverno dell'ULSS 16.

Si riporta qui di seguito l'organizzazione dell'Azienda.

Organi:

- Direttore Generale
- Collegio Sindacale

Direzione Aziendale e organismi collegiali:

- Direzione Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale
- Collegio di Direzione
- Consiglio dei Sanitari
- Conferenza dei Sindaci

L'organizzazione Aziendale è articolata come segue:

- il Distretto Socio-Sanitario (3 distretti)
- l'Ospedale (2 presidi ospedalieri)
- il Dipartimento di Prevenzione
- le Strutture di Staff alla Direzione;
- i Dipartimenti amministrativi, tecnici e professionali.

Per un maggiore dettaglio, si rimanda alla consultazione dell'Atto Aziendale.

Riferimenti normativi

Normativa Nazionale

- *Legge 27 dicembre 2013 n. 147*, (G.U. 27.12.2013) Legge di stabilità per il triennio 2014-2016.
- *D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013* - Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. (13G00076),
- *D.Lgs. n. 192 del 9 novembre 2012*, che recepisce la direttiva 2011/7/UE, penalizzando le aziende che non risultano puntuali nei pagamenti verso i fornitori.
- *D.L. 13 settembre 2012 – n. 201 c.d. Balduzzi* (convertito in legge l'8 novembre 2012), contenente nuove norme riguardo ai servizi e ai Livelli di Assistenza
- *Legge 6 novembre 2012 n. 190 sulla repressione della corruzione e dell'illegalità nella PA*
- *D.Lgs. n. 118 del 23/06/2011*, Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi
- *D.Lgs. 23 ottobre 2009 n. 150* in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- *Nuovo Patto per la Salute 2010–2012*, siglato il 3 dicembre 2009, tra Governo, Regioni e Province autonome, che ha consentito una programmazione condivisa del fabbisogno sanitario e ribadisce la necessità di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema mantenendo il controllo della spesa sanitaria, richiamato dalla DGR n. 1106 del 26/07/2011 "Azioni di riequilibrio economico in applicazione del Patto per la Salute"
- Il documento di *Decisione di Finanza Pubblica 2011-2013* del Governo, che ha fissato le risorse destinate alle Regioni per il SSN, che la Regione del Veneto ha recepito individuando contestualmente i criteri e le risorse disponibili per ogni Azienda ULSS: il rispetto del vincolo di bilancio insieme agli altri obiettivi specifici assegnati ai Direttori Generali, rappresentano anch'essi un vincolo di mandato ben preciso per la definizione delle linee di azione Aziendale.
- Decreto Legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 122/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica".
- *Il Piano Sanitario Nazionale 2011-13* approvato dalla conferenza Stato Regioni il 18 novembre 2010.

Normativa Regionale

- *Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016* approvato con L.R. n. 23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3.12.2012). Tra le novità principali, la nuova impostazione dei servizi di assistenza e di cura, che punta a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto e a potenziare la rete territoriale, facendo perno sui distretti, sui medici di base associati in gruppo e su nuove Strutture residenziali (ospedali di comunità, hospice, Rsa, centri diurni,

comunità...). Anche la rete degli ospedali viene riorganizzata sulla base dei diversi livelli di specializzazione e di intensità di cura: ai due poli di eccellenza di Padova e Verona, dove operano le aziende universitarie integrate con le rispettive ULSS cittadine, si affianca la rete degli ospedali territoriali, organizzati secondo il modello anglosassone "hub & spoke". L'attuazione del piano è affidato alle schede di programmazione ospedaliera e territoriali (predisposte dalla Giunta Regionale), che dovranno indicare, Azienda per Azienda, numero e organizzazione dei presidi, specialità, reparti, posti letto, day-hospital, Strutture intermedie e servizi ambulatoriali.

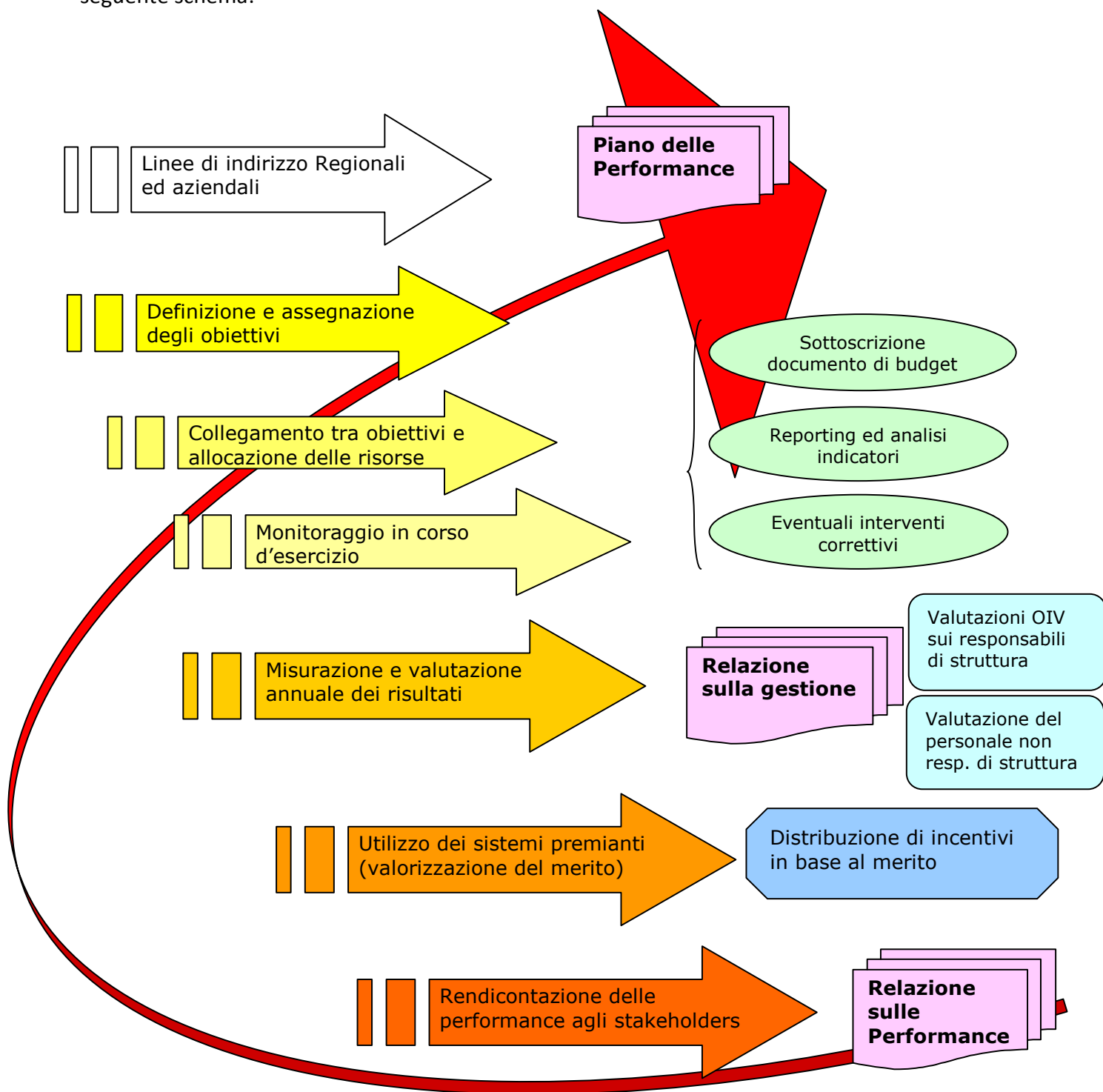
- *DGRV n. 2533 del 20/12/2013*, con la quale la Regione ha assegnato gli obiettivi per l'anno 2014 ai Direttori delle Aziende Sanitarie ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto".
- *DGRV n. 2587 del 20/12/2013* Disposizioni in materia di personale del SSR per l'anno 2014. Conferma ed integrazione dell'Allegato A) della *DGRV n. 2621 del 18 dicembre 2012* e della *DGRV n. 2857 del 28 dicembre 2012*. Con il provvedimento si intendono confermare, con alcune modifiche e integrazioni, le disposizioni dirette al contenimento della spesa e all'ottimizzazione della gestione delle risorse umane del SSR, contenute nell'Allegato A) alla *DGRV n. 2621 del 18 dicembre 2012*, relativo al personale dipendente ed atipico e nella *DGRV n. 2857 del 28 dicembre 2012*, concernente la specialistica ambulatoriale interna.
- *DGRV n. 2271 del 10/12/2013* "Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo Atto Aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e.i.. L.R. 29 giugno 2012, n.23".
- *DGRV n. 2122 del 19/11/2013* "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle Strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla LR 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative, dei servizi e delle Strutture di ricovero intermedie.
- D.P.E.F (Documento di Programmazione Economica e Finanziaria) relativo all'anno 2014 approvato con *DGRV/CP n. 70 del 28/06/2013*.
- *DGRV n. 693 del 14/05/2013*, con la quale viene determinata della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS IOV e viene inoltre previsto il termine temporale per la procedura di valutazione di competenza della Giunta Regionale, incaricando la Segreteria regionale per la Sanità di operare il necessario raccordo.
- *DGRV n. 320 del 12/03/2013*, con la quale si individuano opportune azioni volte al governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.
- *DGRV n. 2353 del 29/12/2011*, Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) – Piano degli investimenti triennale.
- *DGRV n. 2864 del 28/12/2012*, con il presente provvedimento vengono date direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2013, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011, suddivise per area di attività e di bilancio.
- *DGRV n. 154/CR del 24/12/2012*, Assegnazione provvisoria alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA per gli esercizi 2013, 2014 e 2015.

Nelle more del definitivo riparto nazionale, con tale provvedimento sono individuate le risorse presumibilmente disponibili per l'anno 2013, al fine di fornire alle aziende strumenti minimi per la programmazione delle attività da svolgere. Come richiamato in premessa, ci si trova di fronte ad una situazione di particolare incertezza in ordine al quadro economico-finanziario di riferimento per l'erogazione dei LEA, delineata dalle numerose manovre di finanza pubblica di razionalizzazione e contenimento della spesa in campo sanitario (spending review), tale da rendere necessaria la sospensione dei finanziamenti dedicati alle prestazioni extra-LEA.

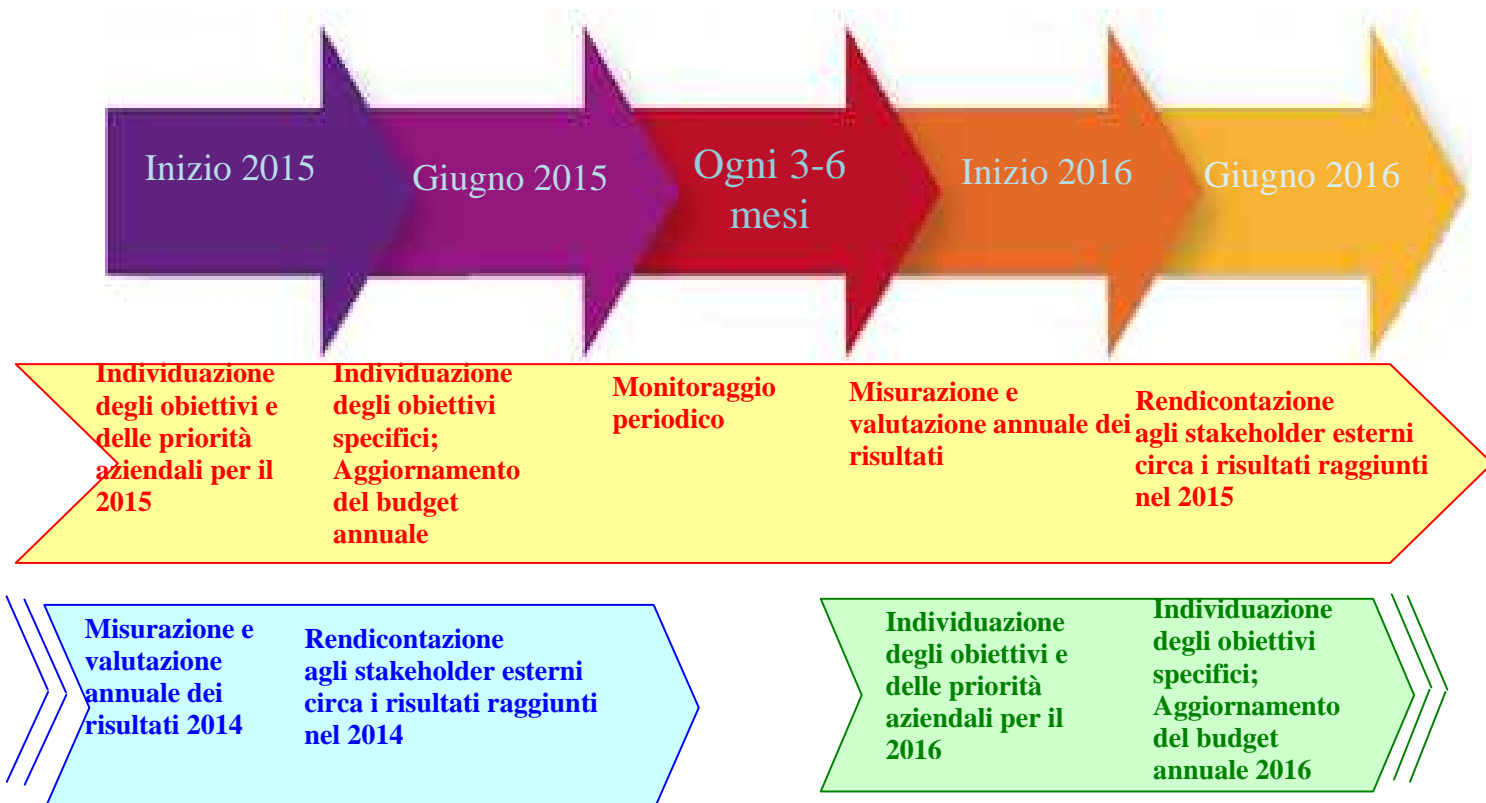
- *DGRV n. 2621 del 18/12/2012*, il presente provvedimento approva ulteriori iniziative da porre in essere a decorrere dall'anno 2012 in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel D-L 95/2012 e nella relativa legge di conversione, L. 135/2012 (c.d. spending review).
- *DGRV n. 2618 del 18/12/2012* Fondo per il finanziamento degli investimenti delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto": suddivisione e parere in merito della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE).
- *DGRV n. 2205/2012*, che detta le linee generali di indirizzo alle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale volte a favorire una applicazione omogenea delle disposizioni e principi contenuti, per le parti applicabili, nel D.Lgs. n. 150/2009 in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza.
- *DGRV n. 1510 31 luglio 2012* (che anticipa il D.L. Balduzzi del 13 settembre 2012) sul modello delle cure territoriali e primarie, in particolare sul modello delle cure territoriali e primaria (aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie, assistenza nell'intero arco della giornata, possibilità di impiegare personale dipendente del SSN in comando presso queste nuove entità organizzative in aggiunta al personale convenzionato).
- *DGRV/CR n. 65 del 3 luglio 2012* DPEF 2013 - Documento di Programmazione Economica e Finanziaria – curato dalla Segreteria Generale della Programmazione - Direzione Programmazione.
- *DGRV n. 1666 del 18/10/2011* "Assistenza territoriale tramite cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della *DGRV n.41 del 18/01/2011* – medicina generale", che ridisegna il modello di assistenza territoriale.

Il ciclo di gestione della performance

La normativa nazionale e regionale di cui all'art. 4, c. 2 del D.Lgs. n. 150/2009 e art. 10 c. 8 del D.Lgs. n. 33/2013, e l'allegato a) alla DGRV n. 2205/2012) individua le fasi del ciclo della Performance/ciclo di gestione della valutazione dei risultati che l'Azienda fa proprie secondo il seguente schema:



Tempistica del ciclo di gestione della performance 2015



1 .LINEE DI PROGRAMMAZIONE ED OBIETTIVI

L'Azienda, nel triennio 2015-2017, si propone di continuare il cammino di miglioramento intrapreso, volto alla tutela della salute, alla valorizzazione delle persone ed al rispetto della sostenibilità del sistema. A tal fine l'azienda propone di diffondere la comunicazione e la condivisione degli obiettivi ad ogni livello della struttura aziendale e fra gli stakeholders esterni.

Le strategie aziendali sono condizionate dai necessari interventi rivolti al contenimento dei costi in armonia con la programmazione Regione e Nazionale.

Le principali priorità individuate dalla Regione per il triennio sono riconducibili alle seguenti aree:

Appropriatezza delle prestazioni

L'obiettivo riguarda la prosecuzione del miglioramento delle prestazioni erogate nei diversi settori (ospedaliero ambulatoriale, farmaceutico, distrettuale...) in rapporto all'efficienza, con coinvolgimento della Medicina Convenzionata, applicazione del PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) integrati fra Ospedale e Territorio e revisione del modello di assistenza primaria (DGRV n. 1666/2011).

Revisione dell'organizzazione aziendale dei servizi/uffici

Va posta particolare attenzione all'osservanza delle linee guida ed indirizzi regionali in materia di controllo e programmazione dei servizi e degli uffici, mediante revisione dei processi clinici e amministrativi al fine di migliorare l'utilizzo integrato delle risorse e perseguire obiettivi di miglioramento costante dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa.

Governo dei tempi di attesa

Permane la necessità di dare completa attuazione al governo dei tempi di attesa per dare piena implementazione alle modalità erogative previste dalla DGR 320/2013.

Equilibrio economico e corretta gestione delle risorse

Il monitoraggio dei costi ed il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio sono obiettivi imprescindibili con particolare riferimento alle voci:

- personale;
- prodotti farmaceutici e derivati;
- assistenza protesica;
- assistenza specialistica fornita dai privati;
- assistenza farmaceutica convenzionata;
- dispositivi medici e assistenza integrativa;

L'azienda nel **Piano triennale 2015-2017** (allegato 1), sulla base delle indicazioni regionali, delinea le strade operative volte a realizzare le linee di indirizzo sopra descritte e gli indicatori volti al loro monitoraggio.

Ulteriori obiettivi aziendali:

Prevenzione della corruzione, ovvero l'attuazione della L.190/2012 in termini:

- *organizzativi*, cioè definizione di piani e misure di prevenzione e sviluppo qualitativo e quantitativo in termini di accountability dell'attuazione degli stessi
- *individuali*, obiettivi assegnati al personale dirigenziale in particolare al responsabile della prevenzione della corruzione ed ai Dirigenti apicali in base alle attività che svolgono ai sensi dell'art. 16, commi 1, lett. l) bis, ter, quater, D.Lgs. n. 165 del 2001, nonché, gli obiettivi assegnati al personale non dirigenziale formato che opera nei settori esposti alla corruzione.

Sviluppo del Sistema di Controllo Interno

Con la DGRV 995/2012 la Regione ha messo in atto un programma rivolto alla creazione ed alla gestione di un Sistema di Controllo Interno in ciascuna Azienda Socio Sanitaria. L'obiettivo riguarda l'implementazione di strumenti funzionali alla gestione dei rischi amministrativo-contabili e ad una progressiva diffusione delle "cultura del rischio e dei controlli". Il dettaglio dell'attività è esplicitato del piano di sviluppo del sistema di controlli interno, annualmente deliberato.

2.PROCESSO DI BUDGET

La Struttura Complessa “Controllo di Gestione” supporta la Direzione Strategica durante l’intero processo di budgeting (dalla definizione degli obiettivi al loro monitoraggio).

La metodologia della negoziazione per budget, è lo strumento che determina i programmi di attività, ne verifica la fattibilità, alloca le risorse in maniera coerente e proporzionata agli obiettivi da perseguire. In particolare, il collegamento tra gli obiettivi (che vanno definiti in coerenza con le indicazioni contenute nell’articolo 5, comma 2, del D.Lgs. 150/2009) e l’allocazione delle risorse richiede una chiara, trasparente, efficace, efficiente definizione degli obiettivi che si intendono perseguire, che valorizzi ed integri le molteplici competenze presenti in azienda anche al fine di consolidare la cultura della responsabilità e della trasparenza dell’azione amministrativa e del controllo della spesa.

Tale processo prevede la partecipazione di tutte le Strutture, ciascuna secondo le proprie competenze, nella definizione e realizzazione degli obiettivi aziendali.

In particolare per l’anno 2015 gli obiettivi di budget sono suddivisi in tre categorie:

- Obiettivi Regionali (ORVE)
- Obiettivi Strategici (OSTR)
- Obiettivi proposti dal Direttore U.O. (ODIR)

La prima categoria, che peserà per il 70%, riflette gli obiettivi che la Regione del Veneto ha dato alle Aziende Sanitarie. Il criterio è quello di attribuire tali obiettivi a tutte le UU.OO. direttamente coinvolte nel loro raggiungimento.

La seconda è inerente ad obiettivi che la Direzione Strategica ritiene rilevanti al fine del miglioramento delle performance dell’Azienda da loro diretta. A tali obiettivi è dato un peso pari al 20% del totale.

La terza tipologia di obiettivi sono quelli proposti dal Direttore della struttura. Con tale richiesta l’Azienda desidera che il Direttore di struttura sia parte attiva nel processo di miglioramento.

La scheda di budget dell’anno 2015 unisce in sé il punto di vista della Regione, della Direzione Strategica e del Direttore di Struttura. Un sistema evolve completamente, infatti, solo quando sa impiegare adeguatamente le competenze e le conoscenze di tutti gli attori che operano nello stesso, ad ogni livello (da quello politico-gestionale fino a quello tecnico-operativo): questa è la logica di fondo adottata dall’Azienda per la formulazione degli obiettivi di budget per l’anno 2015.

Tempistica degli incontri di negoziazione del budget per l'anno 2015:

- Area Ospedaliera: marzo 2015
- Area Territoriale: aprile 2014
- Area Amministrativa: aprile 2014

3. MONITORAGGIO INTERMEDIO DEGLI OBIETTIVI

Il monitoraggio in itinere degli obiettivi di budget é svolto con cadenza trimestrale, dalla S.C. Controllo di Gestione, al fine di:

- Rendicontare, con uno specifico report e/o relazione, lo stato dell'arte del raggiungimento degli stessi alle Strutture coinvolte;
- supportare la Direzione Strategica nell'individuazione degli eventuali interventi correttivi e nella ridefinizione di specifici obiettivi qualora si presentino criticità non prevedibili e/o variazioni nelle direttive Regionali o Nazionali.

Gli **incontri** periodici di monitoraggio obiettivi anno 2015 l'indetti dal controllo di gestione con le singole strutture sono formalizzati (verbale incontri; sottoscrizioni analisi scostamenti; relazioni ecc.) e viene fornita comunicazione all'OIV. A tale organo compete infatti la verifica sulla corretta applicazione delle fasi previste nel ciclo della performance.

Per standardizzare il processo di monitoraggio e garantire un sempre più efficiente e rapido calcolo degli indicatori, funzionali alla valutazione degli obiettivi, l'Azienda si pone come obiettivo, lo sviluppo – affidato alla S.C. Controllo di Gestione con il supporto della S. C. Sistema Informativo - di un data warehouse socio-sanitario, nel quale far confluire i principali flussi informativi. Tale strumento permette inoltre di implementare i controlli incrociati e di creare una reportistica flessibile più funzionale alle esigenze Aziendali di governance.

4. VALUTAZIONE FINALE

Gli indicatori stabiliti in sede di budget vengono impiegati per misurare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi, sia con riferimento alle performance individuali, che con riferimento alle singole Unità Operative, nonché alla Struttura organizzativa Aziendale nel suo complesso.

I soggetti che intervengono in questa fase di misurazione e valutazione dei risultati sono:

- a. il Direttore Generale dell’Azienda, principale promotore della cultura di responsabilità per il miglioramento dei risultati, del merito, della trasparenza e dell’integrità;
- b. i Dirigenti coinvolti nei processi;
- c. l’ Organismo indipendente di valutazione (OIV)

In particolare l’iter di valutazione del livello di performance raggiunto dalle Strutture è articolato nei seguenti passaggi:

1. verifica del raggiungimento dei singoli obiettivi, tramite la valorizzazione degli indicatori definiti e relativa valutazione del rispetto della soglia/valore atteso. Strutture verificanti sono: SC Controllo di gestione, SC Assistenza Farmaceutica Territoriale, SC Amministrazione del Personale, SC Economico Finanziario, etc;
2. invio da parte del controllo di gestione del monitoraggio, con richiesta al Direttore della struttura di giustificare formalmente cause di sfioramento dovute a particolari casi clinici e/o altri eventi da lui non governabili. Le spiegazioni fornite saranno oggetto di valutazioni da parte della direzione strategica;
3. determinazione, a cura del Controllo di gestione, del punteggio raggiunto con la scheda di budget, aggregando gli esiti delle valutazioni delle Strutture verificanti secondo gli algoritmi descritti in sede di presentazione degli obiettivi;
4. condivisione delle attività sopra descritte con la Direzione Strategica;
5. trasmissione agli Attori titolari della schede di budget delle rispettive valutazioni e relativa documentazione sui processi, al fine di consentire la produzione delle le opportune controdeduzioni;
6. valutazione finale da parte di OIV delle performance delle singole Unità sulla base dei riscontri delle Strutture verificanti e delle argomentazioni dei relativi responsabili.

A titolo di esempio:

Struttura	Responsabile	Punteggio Strutture di verifica	Argomentazioni dei responsabili in merito agli obiettivi non raggiunti	Valutazione finale OIV
XXXXXX Struttura 1	<u>Dr.....</u>			
XXXXXX Struttura 2	<u>Dr.....</u>			
XXXXXX Struttura 3	<u>Dr.....</u>			

Nella logica dell'utilizzo dei sistemi premianti, previsto dal D.Lgs. 150/2009 e dalla DGRV 2205/2012, il grado di raggiungimento degli obiettivi determina l'ammontare di risorse economiche (budget), destinate all'incentivazione del personale, di ogni singola Struttura (performance organizzativa).

L'Azienda provvederà a rendicontare gli esiti delle misurazioni e valutazioni poste in essere all'OIV per le valutazioni di competenza (allegato 2).

5. SISTEMA PREMIANTE:

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

- *individuazione del budget* di ogni singola Struttura sulla base del raggiungimento degli obiettivi, misurati e attestati dall'OIV (performance organizzativa);
- *ripartizione* all'interno della Struttura sulla base del contributo di ogni singolo individuo (performance individuale). La performance individuale viene determinata in considerazione del punteggio desumibile dallo strumento di valutazione individuato in Azienda, denominato Documento di Valorizzazione Individuale (in seguito indicato con l'acronimo "DIV").

Per l'area del Comparto il DIV:

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

Per l'area della Dirigenza il DIV è caratterizzato dall'individuazione di quattro criteri di verifica e per ciascun criterio sono previsti quattro parametri di merito, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno. I criteri individuati sono:

- *relazione*: rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi del gruppo;
- *autonomia e responsabilità*: rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati;
- *impegno, partecipazione e livello di complessità*: rileva il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte;
- *attività scientifica, didattica e aggiornamento*: misura la disponibilità all'attività di aggiornamento professionale, all'attività di didattica e di ricerca nonché la capacità/disponibilità a trasferire ad altri le proprie conoscenze professionali nell'ambito dello svolgimento quotidiano delle proprie mansioni.

Per l'area della Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il sistema di valutazione non prevede la compilazione dell'ultimo criterio su elencato. Pertanto il DIV è composto dai primi 3 criteri.

L'Azienda attraverso la pubblicazione sul sito Aziendale, provvederà a rendicontare i risultati ai vari stakeholder esterni.

ALLEGATO 1: PIANO TRENNALE 2015-2017

I. Dettaglio degli Obiettivi individuati dalla Regione del Veneto (RVE)

1. Area della erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA): mantenere i livelli prestazionali e di attività raggiunti nel corso degli anni precedenti e aggiornarli coerentemente con gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale attinenti i livelli essenziali di assistenza relativi a:

- osservanza delle Linee Guida ed indirizzi in materia di controllo, di programmazione e organizzazione dei servizi (obiettivi regionali da A1 a A6);
- obiettivi di salute e funzionamento dei servizi (obiettivi regionali da C1 a C10);
- liste di attesa (obiettivi regionali E1 a E2).

A) Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione dei servizi				
N° OBIETTIVO		INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
A.1	Adeguamento della organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	Sviluppo del modello di Centrale Operativa (soglia: si)	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali
A.2	Sviluppo delle cure primarie e partecipazione alla governance	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie (soglia: si)	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali
A.3	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	Adeguamento delle dotazione di posti letto alla programmazione regionale (soglia: si)	adeguamento alle indicazioni regionali	adeguamento alle indicazioni regionali
		Concentrazione negli ospedali Hub dell'attività di alta complessità (% ricoveri classe A su totale). Soglia: aumento per gli ospedali Hub e diminuzione per gli ospedali Spoke.	adeguamento alle indicazioni regionali	adeguamento alle indicazioni regionali
A.4	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta (soglia: si)	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali	perseguimento attività secondo le indicazioni regionali
A.5	Valutazione e monitoraggio dell'attuazione del Piano di Zona	Presentazione della relazione valutativa annuale sul piano di zona, entro i termini previsti, corredata dal monitoraggio annuale sui dati (soglia: si)	presentazione della relazione valutativa annuale sul piano di zona, entro i termini previsti, corredata dal monitoraggio annuale sui dati.	presentazione della relazione valutativa annuale sul piano di zona, entro i termini previsti, corredata dal monitoraggio annuale sui dati.
A.6	Governo degli erogatori privati accreditati	Gestione della delega per lo svolgimento della fase di accertamento e possesso dei requisiti prevista nell'ambito dei procedimenti attuativi della L.R. 16 agosto 2002 n. 22 come DGR 1145/13 e successive proroghe (soglia: si)	gestione delega	gestione delega

C) Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi				
N°	OBIETTIVO	INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
C.1	Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici	Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Difterite e Tetano >= 95%	mantenimento tassi di copertura richiesti dalla Regione	mantenimento tassi di copertura richiesti dalla Regione
		Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Epatite B >= 95%		
		Tasso di copertura vaccinale "aggiustato" - Polio >= 95%		
		Adesione "corretta" per screening mammografico >= 80%		
		Adesione "corretta" per screening citologico >= 60%		
		Adesione "corretta" per colon-retto >= 65%		
C.2	Integrazione Ospedale - Territorio	Percentuale di dimissione ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione (>= 10%).	soglia regionale	soglia regionale
		Percentuale di dimissione ultra 75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (soglia: >= 15%).	soglia regionale	soglia regionale
		Riammissioni Mediche entro 30 giorni per 100 ricoveri negli ultra75enni (soglia: massimo 10 riammissioni ogni 100 ricoveri).	soglia regionale	soglia regionale
C.3	Appropriatezza delle cure ospedaliere	Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 per mille	Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 per mille	Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione al 135 per mille
		% di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12: codice indicatore S. Anna C14.2) <= 15%	soglia regionale	soglia regionale
		% ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione <= 20%	soglia regionale	soglia regionale
		% dei Parti Cesari Primari (soglia: 25% per le maternità con più di 1000 parti e 15% per le maternità con meno di 1000)	soglia regionale	soglia regionale
		% ricoveri medici oltre soglia per pazienti 65 aa (Patto per la Salute 2010-12: codice indicatore S. Anna C14.4) <= 3%	soglia regionale	soglia regionale
C.4	Ottimizzazione della Rete Oncologia	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013 (soglia: si).	proseguimento attività	proseguimento attività
C.5	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)	% di accessi con durata di accesso in PS inferiore alle 4 ore (soglia: 90%)	soglia regionale	soglia regionale
		Attivazione di percorsi brevi per i Medici di Medicina Generale per le specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia (soglia: si)	proseguimento attività	proseguimento attività

N° OBIETTIVO		INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
C.6	Aumento dell'efficienza nell'impiego delle Sale Operatorie	Effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo Ricovero Ordinario) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana	rispetto standard (1000 interventi RO annui in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana)	rispetto standard (1000 interventi RO annui in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana)
C.7	Organizzazione dell'Attività Chirurgica	% di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery (soglia >= 40%)	soglia regionale	soglia regionale
		Attivazione di letti monitorati secondo quanto previsto dalla DGR 2122/2013 (soglia: si)	soglia regionale	soglia regionale
		% DRG medici dimessi da reparti chirurgici <= 15% (solo per le aziende con valore 2014 superiore al 14%)	soglia regionale	soglia regionale
C.8	Indicazioni di Appropriately Prescritta	Miglioramento di Tutti gli indicatori di aderenza del rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco e indicatori di appropriatezza della Regione del Veneto (soglia: si).	miglioramento rispetto all'anno 2015	miglioramento rispetto all'anno 2016
C.9	Sperimentazione Clinica ed Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	Numero di sperimentazioni rispetto all'anno precedente estratte dall'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali - AIFA (maggiore del 2014)	numero di sperimentazioni maggiori del 2015	numero di sperimentazioni maggiori del 2016
		Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti) (>= 500 segnalazioni per milione di abitanti (farmaci + vaccini))	rispetto standard (>= 500 segnalazioni per milione di abitanti (farmaci + vaccini))	rispetto standard (>= 500 segnalazioni per milione di abitanti (farmaci + vaccini))
		Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	proseguimento attività	proseguimento attività
C.10	Messa a regime del sistema ACG	Utilizzo di ACG nella mappatura dei bisogni della popolazione e pianificazione dell'utilizzo delle risorse nel territorio (soglia: si)	Utilizzo di ACG nella mappatura dei bisogni della popolazione e pianificazione dell'utilizzo delle risorse nel territorio	Utilizzo di ACG nella mappatura dei bisogni della popolazione e pianificazione dell'utilizzo delle risorse nel territorio
		Utilizzo dei modelli predittivi di ACG nella generazione di liste di pazienti complessi ad alto rischio con medicina di iniziative (soglia: si)	Utilizzo dei modelli predittivi di ACG nella generazione di liste di pazienti complessi ad alto rischio con medicina di iniziative	Utilizzo dei modelli predittivi di ACG nella generazione di liste di pazienti complessi ad alto rischio con medicina di iniziative

E) Liste d'Attesa				
N°	OBIETTIVO	INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
E.1	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	Rispetto Tempi d'attesa classe A (soglia >=90%)	rispetto tempi d'attesa classe A (soglia regionale)	rispetto tempi d'attesa classe A(soglia regionale)
		Rispetto Tempi d'attesa classe B (soglia >=90%)	rispetto tempi d'attesa classe B (soglia regionale)	rispetto tempi d'attesa classe B (soglia regionale)
		Rispetto Tempi d'attesa classe C (soglia 100%)	rispetto tempi d'attesa classe C (soglia 100%)	rispetto tempi d'attesa classe C (soglia 100%)
		Stipula di un accordo con la ULSS per il Rispetto dell'Offerta "di Base" secondo la DGR 320/2013 con inserimento nel CUP in comune delle prestazioni concordate e rispetto dei tempi d'Attesa (soglia: si)	Proseguimento attività	Proseguimento attività
		Apertura degli ambulatori e delle diagnostiche in orario serale e nei giorni di sabato e domenica	Proseguimento attività	Proseguimento attività
E.2	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	Riduzione di almeno il 50% la distanza con lo standard di 4 prestazioni per abitante	Rispetto standard richiesto	Rispetto standard richiesto
		Riduzione del tasso di utilizzo delle branche fuori standard (soglia: si)	Riduzione del tasso di utilizzo delle branche fuori standard	Riduzione del tasso di utilizzo delle branche fuori standard

2. Area della sostenibilità economico-finanziaria: recepire i vincoli imposti dalle direttive nazionali e regionali per la revisione della spesa pubblica perseguendo:

- la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate (obiettivi regionali da B1 a B3);
- l'equilibrio economico (obiettivi regionali D1 e D2).

B) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate				
N°	OBIETTIVO	INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
B.1	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale, come indicato dai documenti dell'Osservatorio Prezzi (OPRVE)	Utilizzo del Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella determinazione della base d'asta di nuove gare finalizzate alla acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione". (soglia: si)	utilizzo prezzo di riferimento regionale (ove presente)	utilizzo prezzo di riferimento regionale (ove presente)
B.2	Raccogliere dati analitici di consumo delle risorse nelle Aziende	Ottemperare agli adempimenti informativi relativi alla Contabilità Analitica Standard Regionale (soglia: si)	ottemperare alle richieste regionali	ottemperare alle richieste regionali
B.3	Applicare le nuove politiche di Assicurazione	Adottare il modello di Autoassicurazione secondo le linee guida regionale (soglia: si).	rispetto linee guida regionali	rispetto linee guida regionali

D) Equilibrio Economico				
N°	OBIETTIVO	INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi Rispetto dei vincoli definiti a livello regionale con riferimento ai costi di produzione	Rispetto dei tetti assegnati con riferimento al costo totale (Personale, Farmaceutica territoriale; Farmaceutica ospedaliera, DM, IDV, AIR, Protesica) e al costo pro capite (diritta classe A, diretta classe H, AIR diabete, IRC e malattie metaboliche)	Rispetto dei tetti regionali assegnati all'azienda	Rispetto dei tetti regionali assegnati all'azienda
D.2	Equilibrio Economico-Finanziario	Delta Risultato Economico effettivo rispetto Risultato Economico CR 154/2012 (soglia: valore CR n.154/2012 per l'anno 2015)	rispetto indicazioni regionali/ministeriali	rispetto indicazioni regionali/ministeriali
		Delta 2015-2014 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) < 0€	Delta 2016-2015 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) <0€	Delta 2017-2016 Costo della Produzione (+ Imposte e tasse) <0€

3. Area informatica e dei flussi informativi: rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (obiettivi regionali da F1 a F6);

F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario				
N°	OBIETTIVO	INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
F.1	Adempimenti Questionario LEA	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA (soglia: si).	prosecuzione attività	prosecuzione attività
F.2	Implementazione del FSE (DGR 1671/2012)	% di referti di Verbalì Pronto Soccorso firmati rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		% di lettere di dimissioni firmate rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		% di referti di Anatomia Patologica firmati rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		% di referti di Laboratorio firmati rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		% di referti di Microbiologia firmati rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		% di referti di Radiologia firmati rispetto al totale (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
F.3	Dematerializzazione della ricetta cartacea (Decreto MEF del 2 novembre 2011)	% di ricette per prestazioni di Specialistica Ambulatoriale dematerializzate (>= 80%)	prosecuzione attività secondo le indicazioni regionali	prosecuzione attività secondo le indicazioni regionali
		Adeguamento degli Erogatori Privati Accreditati agli adempimenti connessi con la dematerializzazione delle ricette (Soglia: si)	prosecuzione attività secondo le indicazioni regionali	prosecuzione attività secondo le indicazioni regionali
F.4	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	Flusso consumi DM: % dei 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) pari al 100%	mantenimento performance	mantenimento performance
		Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con almeno la prima lettera dalla categoria W rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3) pari al 100%	mantenimento performance	mantenimento performance
		Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2 (≥ 50%)	miglioramento performance	miglioramento performance
		Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3 (100%)	mantenimento performance	mantenimento performance
		Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC (≥ 30%)	miglioramento performance	miglioramento performance

N° OBIETTIVO		INDICATORE 2015	INDICATORE 2016	INDICATORE 2017
F.5	Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera (soglia: si)	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera
		Attività propedeutica al flusso della residenzialita' e semiresidenzialita' extraospedaliera in area disabili: dgr 1059/2012 (soglia: si)	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialita' extraospedaliera (soglia: si)	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze (soglia: si)	prosecuzione attività	prosecuzione attività
		Rispetto della tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare (ICD) (soglia: si).	prosecuzione attività	prosecuzione attività
F.6	Implementazione tempestiva del flusso informativo delle Cure Domiciliari secondo il tracciato della DGR 2372	Rispetto delle specifiche relative a tempi e qualità dei dati inviati (soglia: si).	rispetto delle specifiche relative a tempi e qualità dei dati inviati	rispetto delle specifiche relative a tempi e qualità dei dati inviati

II. Obiettivi individuati dalla Direzione Strategica Aziendale (*)

Al fine di guidare l'azione dei vari attori la direzione strategica assegna alle singole strutture alcuni obiettivi in funzione del loro specifico ruolo all'interno dell'organizzazione. In particolare le attività su cui ritiene prioritario lavorare durante l'anno 2015, in quanto ritenute rilevanti ai fini dell'evoluzione dell'azienda e del Sistema SSR, sono le seguenti:

- **Appropriatezza (clinica, assistenziale e prescrittiva):**
 - lavorare su pratiche ospedaliere di largo utilizzo con margine di appropriatezza elevato (slow medicine);
 - redigere ed adottare una procedura per appropriatezza prescrittiva;

- **Efficienza organizzativa:** riorganizzare alcune strutture (ospedaliere, territoriali, amministrative) al fine di migliorarne l'efficienza oltre che l'efficacia. In particolare:
 - week surgery;
 - riorganizzare l'attività specialistica ai fini di una riduzione liste d'attesa;
 - ridefinire i distretti socio-sanitari;
 - completare il riassetto degli uffici amministrativi

- **Potenziare l'integrazione ospedale e territorio:**
 - sviluppo del progetto "Casa ai Colli": luogo intermedio tra l'ospedale ed il territorio;
 - evoluzione della Residenzialità Extraospedaliera;
 - potenziamento della medicina di gruppo integrata;

- **Azioni Governo della spesa:** obiettivi specifici ad integrazione di quelli regionali finalizzati al governo delle risorse .

III. Obiettivi individuati dal Direttore di Unità Operativa (*)

Il direttore della struttura nello svolgimento delle sue mansioni rileva aree che possono essere oggetto di miglioramento. Tali aree sono da lui proposte alla direzione strategica quali possibili obiettivi di budget per l'unità da lui diretta.

La direzione strategica durante l'incontro di negoziazione di budget valuta la rilevanza degli stessi al fine del miglioramento del sistema nel suo complesso.

() Gli obiettivi Strategici e di Unità operativo vengono dettagliati nelle schede di budget.*

ALLEGATO 2 – CRITERI DI VALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET

L’Azienda ha istituito, con delibere n. 181 del 22 marzo 2013 e n. 408 del 31 maggio 2013 e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 150/2009 nonché dalla DGRV 2205/2012, l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale soggetto preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell’intero processo, con particolare attenzione ai risultati raggiunti dal personale con qualifica dirigenziale.

L’OIV sostituisce il Nucleo di controllo interno e opera in posizione di autonomia e indipendenza, sia rispetto agli organi di governo sia rispetto ai responsabili di gestione, ai sensi del c. 2 art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009.

L’OIV è composto da tre membri di cui uno con funzioni di Presidente. La nomina dei componenti e del Presidente spetta al Direttore Generale, tenuto conto dei requisiti richiesti dalla normativa nazionale e regionale.

In particolare OIV:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema di misurazione e valutazione della performance, della trasparenza e l’integrità dei controlli interni, elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) garantisce la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premiazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- c) elabora e definisce metodologie permanenti per la valutazione delle prestazioni e dei risultati dei dipendenti;
- d) valuta le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale nonché il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi affidati a tutti gli altri dipendenti operanti nelle singole unità operative, nel rispetto di quanto stabilito dalla contrattazione nazionale ed integrativa;
- e) valida la relazione annuale predisposta dall’Azienda sul raggiungimento dei risultati;
- f) analizza il livello di evoluzione del ciclo di gestione dei risultati e individua le aree di miglioramento, tradotti in obiettivi condivisi da inserire nel piano della valutazione degli obiettivi, al fine di migliorare la qualità dei servizi, la crescita delle competenze professionali;
- g) promuove e garantisce l’assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all’integrità;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

Nello svolgimento delle sue funzioni OIV si avvale del supporto tecnico – operativo della Struttura tecnica individuata con delibera n. 104 del 5 marzo 2013 nella SC Controllo di Gestione che mette a disposizione le risultanze del controllo di gestione riferito ai centri di costo, all’allocazione delle risorse, ai costi dei singoli fattori produttivi ed ai risultati ottenuti.

Le modalità di assegnazione delle percentuali sono qui di seguito descritte.

Scopo ed utilizzo degli obiettivi

Gli obiettivi assegnati alle Strutture Aziendali sono stati associati ad indicatori; questi ultimi servono per ottenere una misura omogenea dei risultati e per promuovere azioni di miglioramento.

Si allega un elenco degli obiettivi e degli indicatori corrispondenti.

In tal senso gli indicatori evidenziano con un valore sintetico i risultati raggiunti e soprattutto le tendenze in atto nelle prestazioni delle strutture: anche se non si raggiunge un valore obiettivo, può essere utile conoscere se la tendenza è in aumento o diminuzione.

La Direzione strategica esprime il suo compito di indirizzo attraverso la selezione degli indicatori e l'attribuzione di un peso per ciascuno di essi. Il maggior peso evidenzia obiettivi che nel contesto delle attività svolte sono ritenuti prioritari e verso cui è opportuno rivolgere la massima attenzione per migliorare le prestazioni Aziendali. I pesi utilizzati possono essere modificati e rivalutati annualmente.

Gli obiettivi devono possibilmente essere misurati con un indicatore numerico. Anche gli obiettivi non espressamente quantitativi e privi di un indicatore numerico, e quindi valutati in maniera soggettiva devono essere associati ad una scala da 0 a 100 in valore percentuale.

Nel caso specifico di indicatori dicotomici, con due valori opposti, (es. si/no) che individuano il raggiungimento o meno del risultato complessivo, è possibile assegnare un risultato intermedio, che sarà approvato dalla Direzione Strategica afferente.

Le valutazioni di natura soggettiva, al fine di una maggiore oggettività, devono comunque essere supportate con documenti, dati e note esplicative.

Gli indicatori numerici, declinati in termini metodologici sinteticamente nella scheda di budget, e, laddove necessario, corredati di note metodologiche dettagliate messe a disposizione dei responsabili, invece, vengono valutati in relazione al raggiungimento del valore soglia che può essere generico o specifico per la singola unità

Rielaborazione degli indicatori

Indicatore **qualitativo SI/NO**:

Se risultato è SI :	valore attribuito 100% ;
Se risultato è NO :	valore attribuito 0% ;
Se risultato è parziale	valutazione da parte della Direzione strategica afferente.

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

I punti attribuiti a gruppi di obiettivi , vengono assegnati sulla base della valutazione media dei singoli valori riscontrati per ciascuno dei relativi indicatori.

Obiettivi non attivati

In caso di incertezza dovranno esprimersi le Strutture demandate alla valutazione, definendo la procedura adottata.

Qualora un **obiettivo non** sia stato **attivato per motivi terzi indipendenti dalla UOC/SSD**, (ad esempio per la sospensione dello stesso da parte della Regione o della Direzione), ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati, questo viene considerato come **non valutabile ed escluso dal meccanismo di valutazione**.

L'eventuale **peso assegnato** allo stesso, viene **riproporzionato tra gli altri obiettivi** della UOC/SSD.

Valutazione finale dei risultati

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

I risultati compresi tra 31% e 80% assegnano una valutazione complessiva corrispondente alla percentuale raggiunta, arrotondata all'unità, es. 63,2% assegnato il 63% dell'incentivo.

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

Se risultato è compreso tra:	la valutazione unica attribuita è:
0 % – 30 %	0 %
31 % - 80 %	punteggio raggiunto
81 % – 90%	90 %
91 % – 100%	100 %

Nel caso in cui valutatore e valutato discordino sulla valutazione finale, sarà l'OIV a dirimere la questione esprimendosi con una valutazione di secondo livello.

I Collegi Tecnici

I collegi tecnici sono organismi che, nell'ambito del processo di valutazione del personale Dirigente (ruolo sanitario, tecnico, professionale, ed amministrativo) finalizzato al rinnovo o meno dell'incarico, sono preposti alle verifiche riguardanti le attività professionali svolte e i risultati conseguiti.

L'esito della valutazione annuale dei dirigenti da parte dell'OIV concorre alla formazione della valutazione a termine dell'incarico.