

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE

n. 254

del 19-2-2020

O G G E T T O

Piano delle Performance 2020 2022 - Azienda U.L.SS. n. 8 Berica.

Proponente: UOC Controllo di Gestione

Anno Proposta: 2020

Numero Proposta: 276

Il Direttore del “Servizio Controllo di Gestione” riferisce quanto segue:

Premesso che, in coerenza con la L.R. n. 55 del 14.9.1994 e s.m.i e nell'intento di dare piena attuazione all'Atto Aziendale, in questa Azienda è da tempo implementato il processo di Budget che coinvolge tutta l'Azienda nelle sue diverse articolazioni. Il sistema ha lo scopo di pervenire alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire ed agli investimenti da compiere recependo anche le indicazioni regionali.

Considerato che il Piano delle Performance, come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 è il documento programmatico triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi.

Specificato che l'elaborazione del Piano delle Performance dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance e si configura anche quale Documento delle Direttive attraverso cui è possibile definire e misurare la performance aziendale.

All'interno del Piano sono riportati gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con indicatori e valori obiettivo in particolare per l'anno 2020 e che tali obiettivi costituiscono la base per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di Unità operativa da riportare nelle schede di budget che saranno oggetto di negoziazione.

Considerato inoltre che con DGR 140/2016 “*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)*” la Regione ha emanato le Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del D.Lgs. n. 150/2009 e della L.R.26 maggio 2011 n.9 modificata dalla L.R. 11 novembre 2011. n.22. Tale normativa ha il fine di favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. n. 150/2009.

Richiamata la deliberazione n. 182/2019 con la quale questa Unità Locale Socio-Sanitaria ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2019-2021.

Attesa pertanto, la necessità di provvedere all'adozione del Piano della Performance - per il triennio 2020-2022 con particolare riferimento agli obiettivi da raggiungere nell'esercizio 2020 come definito dalla DGR n. 140/2016;

Considerato che non è ancora stata approvata la delibera di giunta che determina gli obiettivi di salute e funzionamento annuali delle aziende sanitarie e, nelle more, l'Azienda fa riferimento alla DGR 243/2019 “*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'IRCCS e l'Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2019.*”

Tutto ciò premesso si propone di approvare il “*Piano della Performance 2020-2022*” dell’Azienda Ulss n. 8 Berica quale documento di programmazione e pianificazione aziendale che rappresenta anche il Documento Direttive 2020, qui allegato, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Il medesimo Direttore ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra,

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di adottare il Piano della Performance 2020-2022, che, qui allegato, costituisce parte integrante della presente deliberazione predisposto dalla Direzione nel quale sono state indicate le linee strategiche generali per il triennio e le specifiche per l’anno 2020: il Piano è pubblicato nella INTRANET Aziendale e nel sito Aziendale www.ulssvicenza.it alla voce TRASPARENZA VALUTAZIONE E MERITO;
2. di riservarsi ulteriori integrazioni nel caso di indicazioni regionali;
3. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all’Albo on-line dell’Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(App.to Dr. Tiziano Zenere)

Il Direttore Sanitario
(App.to Dr. Salvatore Barra)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(App.to Dr. Giampaolo Stopazzolo)

IL DIRETTORE GENERALE
(F.to digitalmente Giovanni Pavesi)

Il presente atto è eseguibile dalla data di adozione.

Il presente atto è **proposto per la pubblicazione** in data 20-2-2020 all'Albo on-line dell'Azienda con le seguenti modalità:

Oggetto e contenuto

Copia del presente atto viene inviato in data 20-2-2020 al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 14.9.1994, n. 56).

IL RESPONSABILE PER LA GESTIONE ATTI
DELL'UOC AFFARI GENERALI

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

Piano delle Performance



2020 - 2022

31 Gennaio 2020

Indice

1. PREMESSA	1
2. L'AZIENDA ULSS 8 BERICA.....	2
2.1. FINALITA' ISTITUZIONALI	2
2.2. MISSIONE VALORI E VISIONE DELL'AZIENDA	2
2.3. PRINCIPALI DISPOSIZIONI NAZIONALI E REGIONALI	3
2.4. IL CONTESTO INTERNO	5
2.5. L'AZIENDA IN CIFRE	10
2.6. IL QUADRO ECONOMICO	16
3. LA PIANIFICAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE PER IL TRIENNIO 2020-2022	18
4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI PER IL TRIENNIO 2020-2022	19
5. GLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI	21
5.1. OBIETTIVI STRATEGICI DECLINATI IN OBIETTIVI OPERATIVI	23
5.2. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITA'	41
5.3. COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO	42
5.4. IL CICLO DELLA PERFORMANCE: IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	43

1. PREMESSA

Il Piano della Performance come previsto dal D.Lgs. n.150/2009, e in conformità alle Linee di indirizzo in materia, redatte dalla Regione Veneto - DRG 2205/2012 e con DGR 140/2016, consiste nel documento programmatico di durata triennale 2020-2022 attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici e operativi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.

Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale e dagli altri atti di programmazione nazionale e regionale. In coerenza con tali atti vengono individuati dalla Regione, ed assegnati alla Direzione Generale d'Azienda, gli obiettivi annuali. La Direzione Generale, in relazione alle proprie strategie, definisce un piano delle performance, integrato, ed aggiornato annualmente.

Gli obiettivi e i correlati indicatori sono soggetti a successiva misurazione, valutazione e rendicontazione in termini di risultati raggiunti per misurare la performance dell'intera Azienda. L'elaborazione del Piano della Performance, dà avvio al **Ciclo di Gestione della Performance**.

Attraverso il Piano è possibile garantire una rappresentazione dell'Azienda in termini di pianificazione strategica e programmazione operativa in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Nello specifico il Piano evidenzia la programmazione a medio periodo (triennio) e in particolare contestualizza ed esplicita gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento per l'anno 2020.

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

Scopo principale è di favorirne la conoscenza all'interno dell'Azienda a tutto il personale. Il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti che dirigono ed operano nelle diverse unità operative dell'Azienda, aiuta a governare i comportamenti aziendali e diventa fondamentale per coordinare attività diverse verso obiettivi unitari e risultati aziendali.

Le strategie e gli obiettivi correlati individuati costituiscono il punto di riferimento per la programmazione delle attività dell'Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting. In sintesi il presente Piano ha i seguenti scopi:

- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della Performance;
- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;

Il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Azienda, al fine di assicurarne la massima diffusione e trasparenza.

2. L'AZIENDA ULSS 8 BERICA

2.1 Finalità istituzionali

L'Azienda U.L.S.S. n. 8 Berica è stata costituita con Legge Regionale 25 ottobre 2016 n. 19 a decorrere dal 1° gennaio 2017, la quale ha modificato l'intero assetto organizzativo delle Aziende Ulss della Regione Veneto promuovendo una riorganizzazione strutturale e funzionale dei servizi sanitari e socio-sanitari. La nuova Azienda, ha modificato la propria denominazione e la relativa estensione territoriale, mantenendo la propria sede legale a Vicenza.

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati dal nuovo Atto Aziendale di diritto privato adottato con delibera n. 79 del 18 gennaio 2018 e successive modifiche, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Giunta Regionale del Veneto.

L'Azienda, quale organizzazione che opera nel campo della cura, della prevenzione, dell'assistenza e della riabilitazione, assicura lo svolgimento delle proprie attività istituzionali nella prospettiva di investire in salute, di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini residenti nel territorio di competenza, basandosi sul principio secondo il quale l'assistenza sanitaria deve, prima di ogni altra cosa, condurre ad un miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita delle persone.

2.2 Missione, Valori e Visione

L'Azienda, quale ente strumentale della Regione Veneto e quale organizzazione che opera nel campo della cura, dell'assistenza, della riabilitazione e della prevenzione, ha come propria **missione** quella di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale 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 ed 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.

Una solida base di **valori** caratterizza l'Azienda che si impegna a fare dell'**universalità**, della **solidarietà**, dell'**equità di accesso**, della **sostenibilità**, della **qualità**, della **trasparenza**, della **responsabilizzazione**, dell'**equità di genere**, della **dignità** e del **diritto a partecipare ai processi decisionali**, i valori di riferimento per l'organizzazione e il finanziamento del proprio sistema sanitario e sociosanitario tramite le risorse ad esse assegnate.

2.3 Principali disposizioni nazionali e regionali

- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013
- Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 (emanato con L.R. 48/2018);
- Patto per la salute 2014 – 2016 tra Stato e Regioni;
- Legge Regionale n. 19/ 2016 - istituzione dell’Azienda Zero e Nuovi ambiti territoriali
- Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 approvato dalla Regione del Veneto con DGR. n. 749/2015 – prorogato per il 2019- 2020.
- D.G.R.V. n. 614 del 14.05.2019 “Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell’Azienda Ospedale-Università di Padova, dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell’Istituto Oncologico Veneto - IRCCS della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.
- L. R. n.30 Collegata alla legge di Stabilità anno 2017
- DGR 248/2019 – Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto – anno 2019 – in attesa della DGR per l’anno 2020
- Circolare prot. n. 24018/2019 – Istruzioni per la formulazione del Bilancio Economico di Previsione anno 2020
- DGR 2174/2017 Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale
- DGR 1969/2016 Piano di razionalizzazione della spesa per il triennio 2017/2019; Circolare n.811621/2019 Piani di razionalizzazione e riqualificazione della spesa triennio 2019/2021;
- DGR 2166/2018 DGR 597/2017 Erogatori privati accreditati: criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per il triennio 2018-2020
- Decreto n. 127/2019 – Modifica aggiornamento limiti di costo anno 2019 Beni sanitari.
- D.G.R.V. n. 333 del 26.03.2019 “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020.
- DGR 47/2019 Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate.
- DGR 1714/2017 piano di attivazione delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019;
- DGR 2005/2019 Approvazione disciplina della composizione, delle attribuzioni e del funzionamento della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE).
- DGR 2005/2019 Disposizioni per l’anno 2020 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna
- Legge 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”; Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017
- D.Lsg. 97/2016 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
- DGR 2172/2016 Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS.

- Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 “Attuazione Legge 4/3/2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR 2205/2012 – linee di indirizzo e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza
- DGR 140/2016 organismi Indipendenti di Valutazione. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze
- Documenti di pianificazione interni all’Azienda, con particolare riferimento al Bilancio Economico Preventivo (BEP) 2020, al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2020-2022, al Piano triennale di Audit 2020-2022, al Piano Aziendale della Formazione e al Piano Aziendale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021

2.4 Il Contesto Interno

L'Azienda assicura alta qualità all'assistenza di base in tutto il territorio di afferenza e sviluppa aree di eccellenza in ambito ospedaliero, oltre a caratterizzarsi per talune specialità, come polo di attrazione provinciale e anche regionale.

L'azienda programma le azioni necessarie ai fini della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse con una programmazione strategica di medio-lungo periodo. L'Azienda ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre alle sue tecnologie, anche le sue strutture.

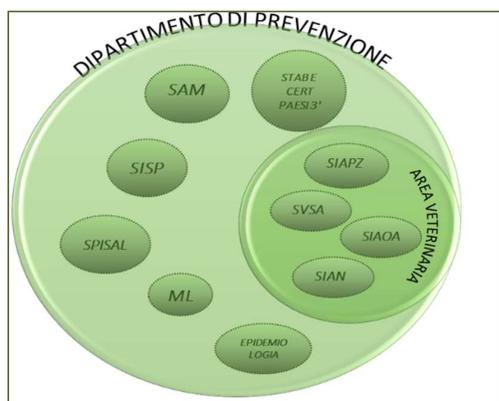
La revisione dell'assetto organizzativo operata con il Nuovo Atto Aziendale (delibera n.79/2018 e successivi aggiornamenti) ha comportato – oltre che una semplificazione dell'organigramma - la ridefinizione di un modello produttivo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali per favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative innovative, contribuire allo sviluppo delle professioni, presenti in Azienda, omogeneizzare e integrare l'offerta sanitaria dei due distretti aziendali formulando un'offerta globale che assicuri gli stessi standard di assistenza in tutto il territorio afferente all'Azienda.

L'anno 2020 si caratterizzerà per un consolidamento dell'assetto organizzativo dei servizi territoriali e amministrativi, mentre l'area ospedaliera sarà soggetta a una specifica revisione secondo quanto disposto dalla DGRV n.614 del 14.05.2019.

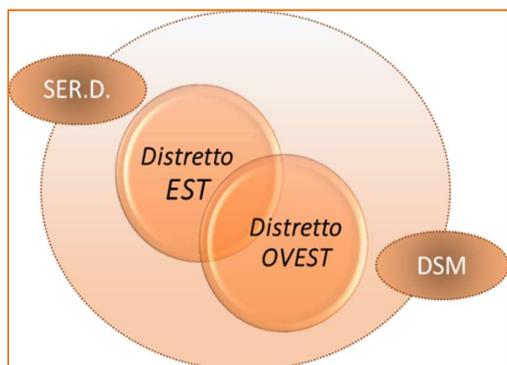
La DGRV ha approvato le nuove schede di dotazione delle strutture ospedaliere e le schede delle strutture sanitarie di cure intermedie.

In attuazione della DGRV 614/2019, con delibera n 1415/2019 l'Ulss8 Berica ha formulato un Piano aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale da attivare nel corso del 2020.

Con l'approvazione del nuovo Atto, l'Azienda ha ridefinito in maniera profonda l'assetto organizzativo che poggia le sue fondamenta sulle seguenti strutture:



Il Dipartimento di Prevenzione con all'interno un Dipartimento funzionale di Sanità Pubblica, Veterinaria e Sicurezza Alimentare.



Area Territoriale: Due Distretti (Est ed Ovest) in grado di attivare una presa in carico globale dei bisogni socio-sanitari della popolazione di riferimento, con funzioni di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi offerto dall'Azienda.



Area Ospedaliera: 6 presidi Ospedalieri. Sono istituiti **10 Dipartimenti Strutturali Ospedalieri**, costituiti da Unità operative omogenee, affini o complementari, aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie e complete perseguendo finalità e obiettivi comuni pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L’Azienda ha inoltre definito **4 Dipartimenti Funzionali** di collegamento tra competenze ospedaliere e strutture socio-sanitarie del territorio per quanto attiene Alcune aree di attività particolarmente complesse che richiedono una forte integrazione Ospedale - Territorio: Dipartimento Funzionale Materno Infantile; Dipartimento Funzionale Breast; Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale e Territorio, Dipartimento Interaziendale Medicina Trasfusionale (DIMIT).

Sono inoltre presenti nel territorio 3 strutture private accreditate per l’erogazione di ricoveri e 30 strutture ambulatoriali con compiti complementari e di integrazione all’interno della rete ospedaliera regionale; l’azienda Ulss n.8 collabora con gli ospedali privati accreditati presenti nel proprio territorio stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo delle qualità, ricerca dell’appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Completano la nuova organizzazione i **Servizi di Staff** e i **Servizi Amministrativi** Generali e quelli a supporto del Territorio e dell’Ospedale.

▪ **Interventi Strutturali ed Investimenti.**

Dal punto di vista strutturale il triennio 2020-2022 vedrà l’Azienda impegnata nella conclusione dell’importante opera di concentrazione dell’attività ospedaliera del Distretto Ovest con la realizzazione del nuovo polo ospedaliero per acuti di Montecchio - Arzignano. L’anno 2020 sarà caratterizzato per il completamento della ristrutturazione dell’Ala Ovest.

Altri interventi strutturali significativi sono programmati per l’ospedale di Vicenza (ammodernamento reparto di Rianimazione, nuove sale operatorie, l’area anziani del Pronto Soccorso, il nuovo Centro Trapianti, risanamento facciate antico chiostro) per l’ospedale di Valdagno (riqualificazione) e per l’ospedale di Lonigo (polo riabilitativo II Fase).

Il triennio sarà caratterizzato dall’utilizzo di risorse importanti per adeguamenti tecnologici, acquisto di apparecchi e attrezzature, potenziamento di impianti e infrastrutture.

Nel 2020 entrerà a pieno regime il nuovo acceleratore lineare, verranno acquisiti mammografi, ecografi, stazioni di anestesia e verrà effettuato un aggiornamento della RM 1,5 Tesla.

▪ **Produzione e Volumi**

Complessivamente in termini di attività nel triennio 2020-2022 l’Azienda prevede di mantenere la linea di governo ad oggi adottata, tesa a un **consolidamento della produzione aziendale**, un mantenimento complessivo dei livelli di offerta erogata in ambito territoriale e ospedaliero, ad eccezione di alcuni settori specifici dove l’Azienda grazie anche ad un consolidamento delle risorse disponibili in termini di personale dedicato e di risorse strumentali punterà ad un incremento dell’attività e ad un recupero di pazienti che negli ultimi anni hanno preferito altre strutture limitrofe generando per l’Azienda una perdita anche economica.

In ambito ospedaliero l'anno 2020 si caratterizzerà per l'adeguamento della dotazione assistenziale (nuove schede di dotazione ospedaliera ai sensi della DGRV 614/2019) secondo il Piano aziendale deliberato e approvato dalla Regione.

Proseguono anche per l'esercizio 2020 le azioni tese a ridefinire e attuare la specializzazione della produzione effettuata dalle diverse realtà ospedaliere in un sistema di rete, al fine di garantire la qualità dell'assistenza erogata, in coerenza con le professionalità presenti in Azienda e con le risorse disponibili.

Si evidenzia inoltre che, in ambito ospedaliero, l'Azienda è strutturata per garantire per molteplici attività specialistiche, il ruolo di Ospedale Hub per l'intera provincia di Vicenza e per talune patologie è riferimento anche in ambito Regionale ed Extraregionale.

Obiettivo aziendale risulta quindi anche il potenziamento dell'attività per pazienti non residenti (attrazione intra ed extra regione).

▪ **Risorse Umane**

Nel corso del 2020 l'Azienda completerà l'attribuzione dei nuovi incarichi apicali conseguenti alla riorganizzazione Aziendale.

L'Azienda è impegnata nel mantenere le politiche di assunzioni per garantire il turn over compatibilmente con le risorse economiche e con la difficoltà nel reperire determinate figure professionali.

In sintesi il triennio 2020-2022 vedrà l'Azienda con un'organizzazione ormai consolidata, pronta a ricercare le migliori soluzioni gestionali ed organizzative per far fronte, in maniera efficiente e compatibile con le risorse finanziarie, ai bisogni assistenziali espressi da una popolazione di riferimento importante per numerosità e per complessità.

Le linee strategiche aziendali sono prioritariamente derivate dalle disposizioni regionali che hanno indicato **obiettivi di salute e di funzionamento** miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione, nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali ai fini della valutazione delle attività.

Da alcuni anni sono inoltre a disposizione della Regione e delle Aziende Sanitarie importanti strumenti di confronto e di valutazione dei risultati raggiunti. Nello specifico Il Ministero della Salute, tramite l'**AGENAS** (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), svolge funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali erogate dalle singole Aziende (**PNE** - Programma Nazionale Esiti).

Il PNE analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione); 21 di tali indicatori concorrono alla definizione del diagramma TREEMAP, adottato anche dalla Regione Veneto come strumento sintetico di valutazione della performance.

Altro importante strumento di benchmark viene fornito dal Laboratorio MeS, Management e Sanità, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna. E' stato sviluppato **un sistema di valutazione della performance** di un gruppo di undici Regioni – incluso il Veneto.

Il sistema di valutazione permette il confronto a livello regionale e aziendale su circa 400 indicatori, selezionati tramite un processo di condivisione tra le Regioni.

A circa 160 degli indicatori di cui si compone il sistema, è attribuita una valutazione che varia da 0 a 5, ottenuta attraverso il confronto con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale o dal raffronto della performance delle Aziende facenti parte del Network.

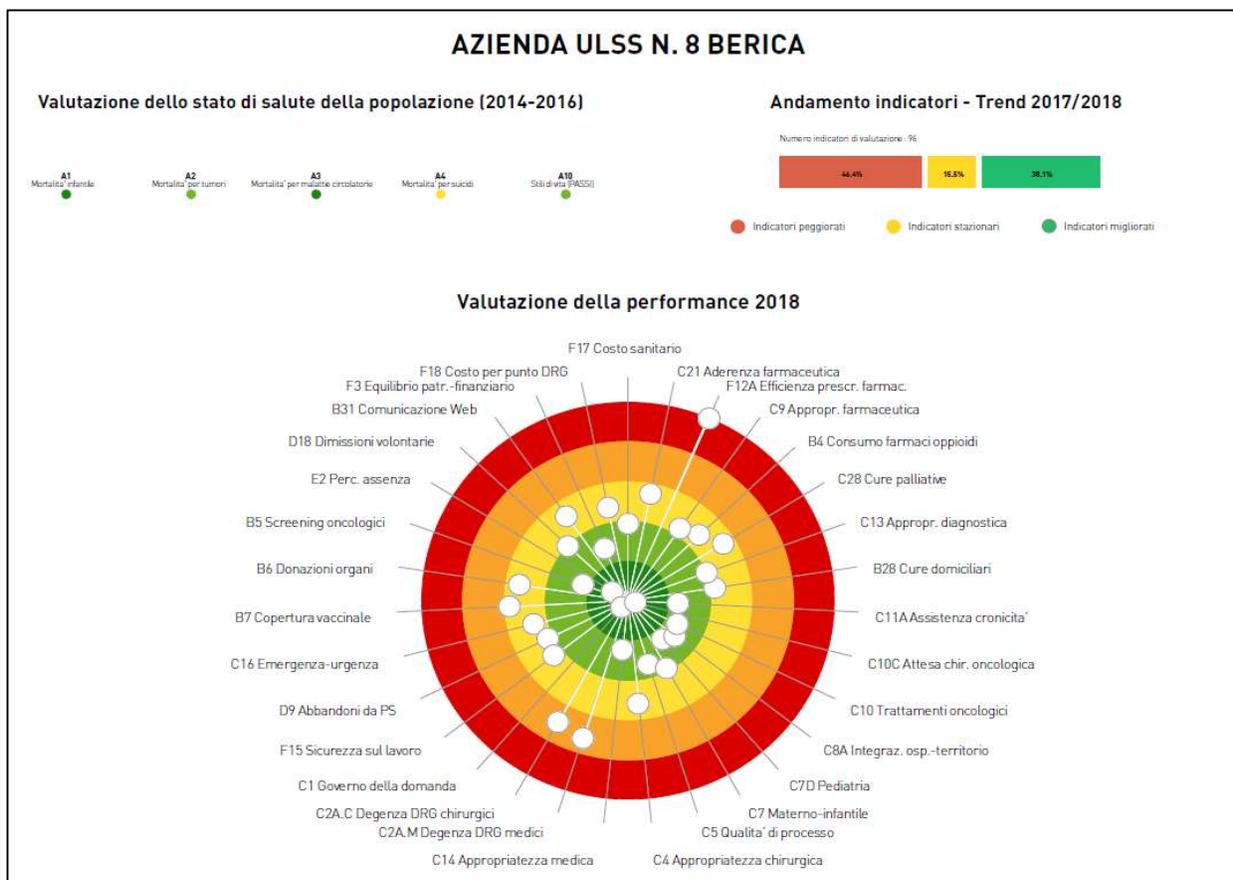
Queste le fasce di valutazione:

VALUTAZIONE	COLORE FASCIA	PERFORMANCE
4 - 5	VERDE SCURO	OTTIMA
3 - 4	VERDE	BUONA
2 - 3	GIALLO	MEDIA
1 - 2	ARANCIONE	SCARSA
0 - 1	ROSSO	MOLTO SCARSA

Il tutto rappresentato graficamente attraverso un bersaglio che consente di identificare immediatamente punti di forza e di debolezza (*Metodo Bersaglio*). Ogni area si compone di circa 30 indicatori, la valutazione complessiva per macro-aree viene effettuata attraverso la media semplice o pesata dei sotto-indicatori. Queste le aree di analisi:



Questa la situazione secondo l'analisi dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna:



Per le aree con performance non ottimale, l'Azienda intende attivare tutte le azioni necessarie per superare le criticità.

L'Azienda, inoltre, è fattivamente impegnata nell'applicazione dei principi e delle disposizioni introdotte, in attuazione di convenzioni internazionali, dalla **Legge 06 novembre 2012 n. 190 ("Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione")** e **ss.mm.ii.**, che individua gli organi e gli adempimenti finalizzati al controllo, alla prevenzione ed al contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.

In materia di pubblicità e trasparenza delle informazioni, infine, questa Azienda è impegnata nel dare applicazione alle indicazioni e alle disposizioni di cui al **D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 (decreto di riordino della disciplina in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)** e **ss.mm.ii.**, attraverso la massima implementazione del sito web istituzionale dell'azienda, al fine di consentire la più ampia comprensione e consultazione delle informazioni relative all'azienda da parte del cittadino-utente.

2.5 L'Azienda in Cifre

L'Azienda ULSS n. 8 Berica opera su un territorio inserito nella provincia di Vicenza, con una *popolazione complessiva* di circa 496.000 abitanti, distribuiti in 59 comuni per una superficie di 1.240 Km² compresi in due distretti. La densità abitativa per Km² è di 400 abitanti.

La *popolazione straniera*, intesa come insieme di cittadini comunitari ed extracomunitari, risulta di circa 53.600 unità residenti, le rappresentanze più numerose sono costituite da: Romania, Marocco, Serbia, Moldavia.

Per quanto riguarda il profilo di salute ULSS n. 8 Berica, come anche nel Veneto, le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori maligni. La *speranza di vita alla nascita* per la Provincia di Vicenza è per di 81,2 anni per gli uomini e 86 anni per le donne (dato Istat). L'indice di vecchiaia è in costante aumento e si attesta al 1,57

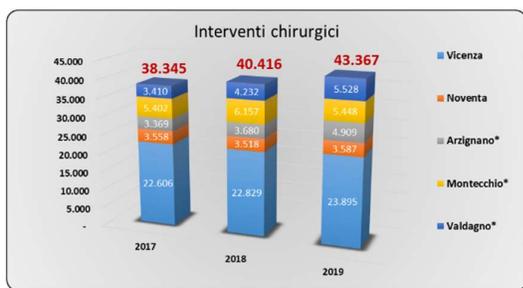
L'assistenza ospedaliera

Viene garantita tramite 6 presidi ospedalieri che offrono assistenza, ricovero e prestazioni specialistiche. Quattro presidi svolgono assistenza per acuti in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso (Vicenza, Noventa, Arzignano, Valdagno e Montecchio che accoglie gli accessi in fast track oculistico da Arzignano); a questi si aggiungono un presidio ad indirizzo medico-riabilitativo (Lonigo) e un Centro Sanitario Polifunzionale (Montecchio).



I sei presidi sono dotati in media nell'anno di 1.300 *posti letto* in regime ordinario, week surgery e day hospital (787 posti letto nel P.O. San Bortolo di Vicenza, 86 posti letto nel P.O. Pietro Milani di Noventa Vicentina, 179 posti letto Ospedale di Arzignano, 82 Ospedale di Lonigo, 30 ospedale di Montecchio, 136 Ospedale di Valdagno).

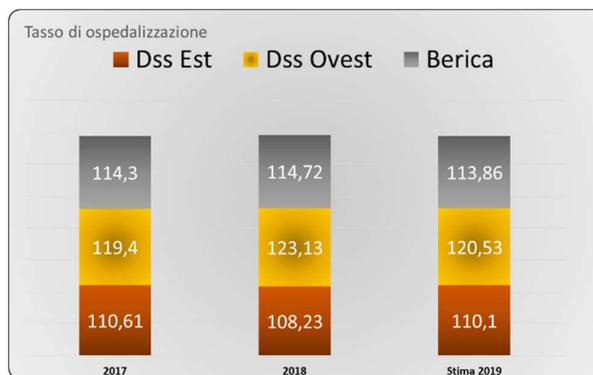
Nell'arco annuale vengono eseguiti circa 50.700 *ricoveri* tra ordinari, week surgery e diurni.



L'importante attività chirurgica dell'ULSS Berica registra una capacità produttiva di circa 43.300 *interventi chirurgici* in costante aumento.

Nel territorio di afferenza sono presenti anche 3 *Case di Cura convenzionate* con 292 posti letto che producono circa 4.900 ricoveri per gli assistiti dell'Azienda e circa 681.000 prestazioni ambulatoriali erogate per residenti Ulss 8 Berica (di queste circa 375.000 – 55% – sono prestazioni di clinica e diagnostica).

Il tasso di ospedalizzazione per la popolazione assistita si attesta a 110 ricoveri per mille abitanti per il Distretto Est e a 120 ricoveri per mille abitanti per il Distretto Ovest, con una media aziendale di 114 ricoveri, in linea con le indicazioni regionali.



Vengono erogate, tra i 2 distretti, Est e Ovest, circa 1.120.000 prestazioni di clinica, diagnostica e pronto soccorso. Di queste circa 1.000.000 viene erogato per residenti Ulss 8.

Le strutture private accreditate contribuiscono a completare l'offerta di prestazioni ambulatoriali per il territorio erogando, nell'anno 2019, circa 680.000 prestazioni per residenti Berica.

La patologia clinica dell'intera Ulss 8 dedica oltre il 50% della sua attività ai pazienti esterni con circa 4.000.000 di prestazioni prodotte (2.500.000 erogate dal distretto Est e 1.500.000 dal distretto Ovest). Circa 3.600.000 prestazioni sono erogate per pazienti interni.

L'Azienda ha 5 punti di Pronto Soccorso che complessivamente hanno una frequenza media giornaliera di circa 480 accessi con circa 175.000 accessi totali registrati nell'anno 2019.

L'Assistenza Territoriale distrettuale socio-sanitaria

	Distretto Ovest	Distretto Est	Ulss 8 Berica
Comuni	22	37	59
Residenti	180.351	315.618	495.969
km2	515,94	722,82	1239
Densità	349,56	436,65	400,30

Area	Indice di vecchiaia	Indice di Natalità	% Stranieri
Distretto Ovest	1,49	7,66	10%
Distretto Est	1,62	7,04	12%
Ulss 8 Berica	1,57	7,83	11%

Comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Viene garantita in Azienda dai Distretti con la funzione fondamentale di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

L'assistenza è articolata nelle aree e attraverso le attività qui di seguito descritte.

L'Assistenza Primaria è assicurata da 308 Medici di Medicina Generale e 55 Pediatri di Famiglia con studi professionali ubicati in tutto il territorio.

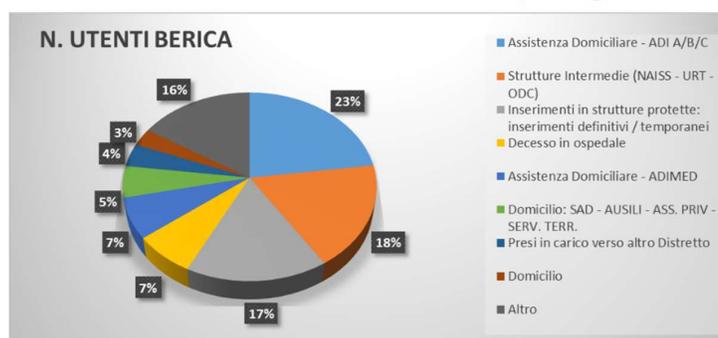
Negli ultimi anni l'azienda ha favorito la creazione di reti e integrazioni di specialisti con l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate per garantire una effettiva continuità

dell'assistenza e presa in carico degli utenti. Sono attualmente attive 8 Medicine di Gruppo Integrate dislocate 5 nel Distretto Est e 3 nel Distretto Ovest al servizio di circa 89.000 assistibili.

Il servizio di Continuità assistenziale è garantito attraverso 5 sedi operative nell'area del Distretto Est e 3 nell'area del Distretto Ovest con circa 70 operatori e un'attività annua quantificabile rispettivamente in 189 e 137 contatti per 1000 abitanti. A ciò si aggiunge un Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria c/o la Casa Circondariale di Vicenza e un turno di continuità assistenziale presso le residenze dell'IPAB di Vicenza per un totale di 10 unità.

Nel corso del 2019 le due Centrali Operative Territoriale hanno preso in carico circa 4.200 segnalazioni a cui è stata data risposta prevalentemente all'interno della rete assistenziale dell'ADI (più di 1.000 utenti), delle strutture intermedie (circa 623 utenti) e dei Centri di Servizio (circa 570 utenti).

Destinazione post-segnalazione:



Notevole, inoltre, il contributo dato alle Centrali operative ADI per la gestione delle visite a domicilio degli ultra 75enni dopo la dimissione ospedaliera.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è stata erogata a circa 12.800 utenti per un totale di circa 180.600 prestazioni da parte di MMG/PLS, infermieri, fisioterapisti, palliativisti e altri specialisti. Si segnala in particolare l'incremento di circa il 17% degli accessi infermieristici a fronte delle nuove direttive assistenziali della Regione.

L'assistenza domiciliare viene inoltre assicurata mediante il servizio di telesoccorso e telecontrollo messo a disposizione della Regione Veneto tramite le aziende socio-sanitarie e rivolto in particolare a tutti gli over 60 anni o comunque ai soggetti fragili, anche se più giovani. Nel 2019 sono stati assistiti quasi 2.000 utenti.

Nell'ambito della Non Autosufficienza nel 2019 l'azienda ha erogato circa 2.800 impegnative di residenzialità, prevalentemente di 1° e 2° livello, a utenti residenti e spese in centri di servizi accreditati. Nel territorio dell'ULSS l'offerta dei Centri di Servizi è stata caratterizzata complessivamente dalla disponibilità di 193 posti per attività semiresidenziale e di 3.617 posti per attività residenziale per utenti non autosufficienti con e senza impegnative di residenzialità; il livello di occupazione dei posti è stato pari al 77% per la semiresidenzialità e al 90% per la residenzialità.

Per i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione, al suo prolungamento o all'istituzionalizzazione, l'Azienda garantisce assistenza in Strutture Intermedie quali Ospedali di Comunità (cinque strutture di cui una attivata a fine anno nel distretto est) e Unità Riabilitative Territoriali (due strutture). Questi spazi di accoglimento temporaneo, costituiti attualmente da un totale di 99 posti letto, hanno accolto

nell'anno circa 840 persone registrando un tasso di occupazione dei posti letto pari al 94%.

L'azienda sta progressivamente procedendo ad ampliare l'offerta secondo quanto previsto dalla DGR 614/2019.

OSPEDALI DI COMUNITA'	POSTI LETTO COME DA DRG 614/2019	
IPAB LA PIEVE	10	PARZIALMENTE ATTIVATO
Ipab Suor Diodata	12	PARZIALMENTE ATTIVATO
Ipab Vicenza	12	PARZIALMENTE ATTIVATO
PO VALDAGNO	18	PARZIALMENTE ATTIVATO
PO NOVENTA VICENTINA	24	ATTIVATO
PO Vicenza	12	DA ATTIVARE
PO Lonigo	24	DA ATTIVARE
PO Arzignano Montecchio	12	DA ATTIVARE

URT	POSTI LETTO COME DA DRG 614/2019	
Ipab Suor Diodata	26	ATTIVATO
Ipab Vicenza	13	ATTIVATO
PO VALDAGNO	12	DA ATTIVARE

Gli ammalati in fase avanzata o terminale che necessitano di interventi terapeutici e assistenziali trovano invece accoglienza nell'Hospice. Nella nostra ulss sono attive due strutture, una nel distretto est e una nel distretto ovest (aperta ad aprile 2019), dotate complessivamente di 18 posti letto. Nel 2019 sono stati seguiti circa 340 pazienti.

Nell'ambito della Disabilità sono attivi interventi di tipo semiresidenziale, con inserimenti diurni in strutture a gestione diretta e in convenzione (674 utenti seguiti nel 2019) e progetti sperimentali fuori dai centri diurni (coinvolti 66 utenti nell'anno) e interventi di tipo residenziale definitivo o di pronta accoglienza (396 utenti).

L'Azienda eroga inoltre prestazioni di promozione e integrazione delle persone con disabilità (integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica, ...) e gestisce progetti a sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale sia direttamente (gruppi di circa 60 utenti) sia mediante l'erogazione di contributi (nel 2019 destinati fondi a circa 290 utenti).

Sempre nell'ambito della domiciliarità e dell'autonomia personale, l'Azienda ha erogato, come da DGRV 1338/2013, contributi (in forma economica e di servizi) a favore delle persone non autosufficienti anziane o disabili assistite al proprio domicilio e ai loro familiari per acquisire prestazioni di supporto e assistenza nella vita quotidiana a casa, ad integrazione delle attività di assistenza domiciliare dei Comuni e dell'ULSS. Nell'anno 2019 sono state rilasciate circa 2.450 impegnative di cura domiciliare di basso, medio e alto livello, 520 impegnative a utenti con grave disabilità e più di 20 per malati di SLA.

Nell'ambito dell'assistenza all'Infanzia, Adolescenza e Famiglia, nel 2019 l'Azienda ha seguito circa 6.900 utenti tramite le équipes dei consultori, di cui 25% stranieri, con attività di prevenzione e sostegno, prestazioni ostetrico ginecologiche e attività psico-sociali (circa 49.000 prestazioni); tramite il Servizio Tutela Minori ha preso in carico circa 1.080 minori in situazioni di disagio socio-psico-familiare, inadeguate o pregiudizievoli per la loro crescita e attraverso il Servizio Adozioni ha accompagnato più di 600 utenti nel percorso pre e post adottivo. Inoltre, il Servizio di Età evolutiva ha fornito prestazioni psicologiche a circa 2.800 utenti, valutazioni e trattamenti logopedici a circa 2.200 utenti, nonché altre prestazioni riabilitative (1.700 utenti); nell'ambito delle recenti competenze provinciali il Servizio si è occupato di circa 110 disabili sensoriali. Infine, il servizio di Neuropsichiatria infantile ha seguito circa 1.550 utenti.

In azienda è presente inoltre una Equipe Specialistica Provinciale L'Arca, il Centro regionale di protezione e cura di minori, ragazzi e famiglie. Nel 2019 sono stati presi in carico circa 110 minori vittime di gravi maltrattamenti e abusi.

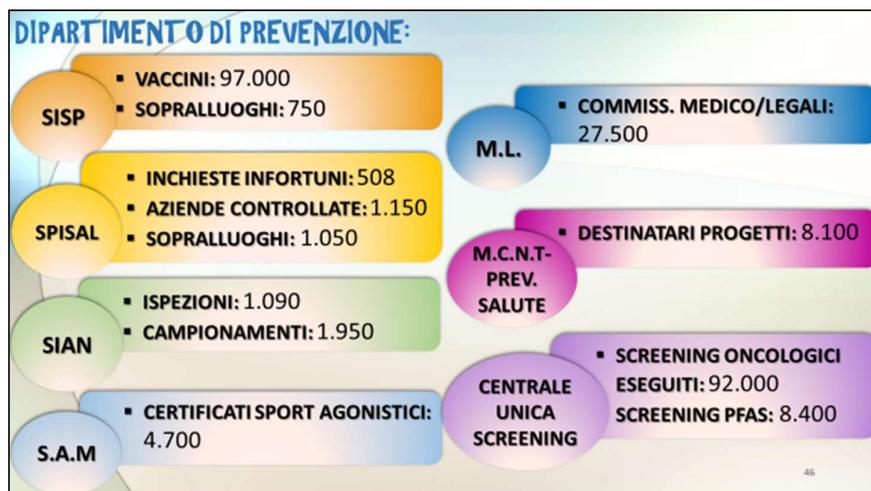
L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento di Salute Mentale che gestisce direttamente strutture per l'assistenza semiresidenziale (Centri Diurni e Day Hospital) e residenziale (CTRP, Comunità Alloggio e Gruppi appartamento) e si avvale di alcune strutture gestite dal privato sociale. Nel 2019 sono stati in carico 6.680 utenti assistiti mediante interventi di tipo ambulatoriale (quasi 86.000 prestazioni annue), semiresidenziale (più di 500 pazienti trattati, di cui 319 nelle strutture a gestione diretta), residenziale (circa 380 pazienti, di cui 227 nelle strutture a gestione diretta) e progetti a sostegno della domiciliarità (20 utenti) anche con forme di residenzialità leggera (24 utenti).

Per quanto riguarda l'assistenza a pazienti Tossicodipendenti e Alcolisti, il Dipartimento per le Dipendenze segue circa 3.100 pazienti ambulatorialmente (quasi 300 presso il carcere), di cui circa 300 sono inseriti in programmi di recupero in comunità terapeutiche. Il Dipartimento, inoltre, è attivamente impegnato in attività di informazione e prevenzione su tutto il territorio.

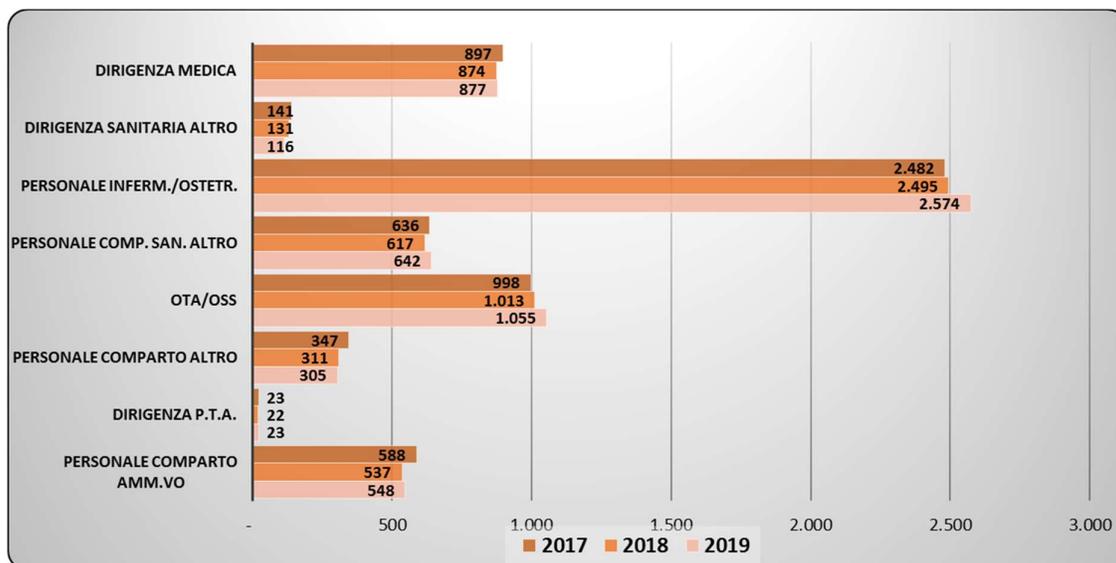
A livello territoriale va inoltre sottolineata la presenza di due servizi con funzioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare:

- Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia territoriale, che ha in carico, con la collaborazione dei medici di base, 11.400 soggetti diabetici e 13.300 soggetti endocrinopatici e nel 2019 ha erogato più di 14.000 prestazioni ambulatoriali all'anno;
- Servizio di Pneumotisiologia territoriale, che nel 2019 ha erogato circa 20.600 prestazioni pneumologiche e 4.800 prestazioni allergologiche e ha in carico più di 700 pazienti in ossigenoterapia domiciliare.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'Azienda garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute connessi ad interventi di promozione e di prevenzione relativamente agli stati e comportamenti individuali delle persone, all'ambiente fisico e sociale della comunità di riferimento. A seguire alcuni dati di sintesi.



Il personale dipendente dell'Azienda al 31.12.2019 ammontava a 6.140 unità, di cui 1.016 Dirigenti (di questi - dirigenza medica, veterinaria, sanitaria: 984,7 unità equivalenti). Dal punto di vista della composizione per ruolo, il 68,8% del personale dipendente appartiene al ruolo sanitario, il 22,2% a quello tecnico, il 9,1% appartiene al ruolo amministrativo e il restante 0,1% al ruolo professionale.



2.6 Il Quadro Economico

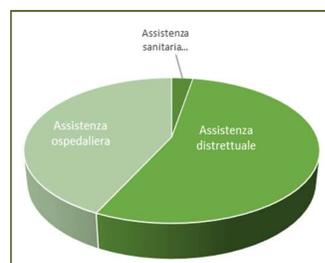
Dal punto di vista economico-finanziario, l'Azienda evidenzia un trend positivo caratteristico degli ultimi anni. Nell'ultimo triennio infatti i risultati di esercizio, in linea con quanto previsto dalla programmazione Regionale, evidenziano un tendenziale equilibrio.

La programmazione economico-finanziaria per l'anno 2020 è stata definita nel bilancio di previsione dell'Azienda, approvato con delibera n. 2061/2019. L'Azienda stima un risultato economico anche per il corrente anno in positivo.

ULSS 8 BERICA	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019 Preconsuntivo	Anno 2020 Preventivo
VALORE DELLA PRODUZIONE Inclusi Proventi Finanziari e Straordinari	€ 967.812.741	€ 960.293.181	€ 987.980.528	€ 973.660.781
COSTI DELLA PRODUZIONE Inclusi Oneri Finanziari, Straordinari e Imposte e Tasse	€ 967.709.025	€ 959.006.370	€ 987.064.411	€ 972.579.535
Risultato Esercizio	€ 103.715	€ 1.286.811	€ 916.116	€ 1.081.247

Di seguito un'analisi dei costi di produzione per macro-area di assistenza (anno 2018)

	Costi 2018	Incidenza sul tot
Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro	26.209	3%
Assistenza distrettuale	514.573	54%
Medicina generale	54.811	6%
Assistenza farmaceutica e integrata	121.122	13%
Assistenza specialistica	160.565	17%
Assistenza protesica	7.059	1%
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	41.592	4%
Assistenza territoriale semiresidenziale	20.534	2%
Assistenza territoriale residenziale	82.859	9%
Altra assistenza	26.031	3%
Assistenza ospedaliera	406.225	43%
Totale	947.007	
di cui Costi Generali	44.655	
Incidenza Costi Generali	4,7%	



L'Azienda intende perseguire anche per il triennio una politica di innovazione e di potenziamento dei servizi offerti pur sempre comunque nel quadro della sostenibilità economica anche a fronte di vincoli importanti che il sistema sanitario ha introdotto.

A fronte di un finanziamento tendenzialmente costante si rileva l'incremento dei Costi di Produzione derivanti principalmente dalla continua evoluzione della tecnologia, dall'introduzione di farmaci e dispositivi ad alto beneficio per i pazienti ma a costo elevato (farmaci ad alto costo per terapie oncologiche e farmaci innovativi/ dispositivi ad alto costo e nuove introduzioni) e dai rinnovi contrattuali per il personale dipendente.

Finanziamenti anno 2020: con DGR n. 333/2019 ad oggetto “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020” la Regione ha dato le direttive in ordine alle modalità di trasferimento delle risorse afferenti all' Azienda Zero e l'assegnazione delle risorse del FSR alle singole Aziende Sanitarie ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e per il 2020.

L'Azienda su indicazione Regionale, nelle more della nuova programmazione economico-finanziaria, considera questa assegnazione il riferimento per il 2020; si tratta di un primo riparto provvisorio che presenta quindi una parziale riduzione delle risorse assegnate rispetto all'esercizio precedente.

Limiti di Costo: annualmente la Regione fissa alcuni tetti di costo e definisce ambiti di razionalizzazione e possibili riduzione dei costi di produzione.

Per l'esercizio 2020, nelle more dei nuovi limiti, l'Azienda fa riferimento ai vincoli relativi al 2019:

- limite di costo per la **spesa farmaceutica territoriale** che tiene conto dei scadenze brevettuali, della commercializzazione di nuovi farmaci e del trend dei consumi;
- limite di costo per la **spesa farmaceutica ospedaliera** che partendo dai tetti imposti tiene conto dell'incremento di spesa prevista per nuovi farmaci e per allargamenti di indicazioni;
- limite di costo per la **spesa di dispositivi medici** e dispositivi medici diagnostici in vitro; sono ricompresi tutti i dispositivi medici, i materiali chimici e il materiale protesico;
- limite di costo per l'**assistenza integrativa** (AIR) le cui voci principali riguardano la spesa per dispositivi per l'autocontrollo e l'auto-somministrazione a favore di soggetti diabetici e la dispensazione degli alimenti senza glutine a favore di persone con celiachia;
- limite di costo per l'**assistenza protesica**.

L'Azienda intende mettere in campo tutte le azioni per raggiungere gli obiettivi economico-finanziari assegnati e tendere quanto più possibile ai valori programmati dalla Regione.

In linea con l'obiettivo di riduzione dei costi di produzione, l'Azienda ha formulato alla Regione una proposta di **Piano di Razionalizzazione a valere nel triennio 2019-2021**. L'impegno dell'Azienda riguarda principalmente i seguenti ambiti: acquisizione di beni e servizi sanitari e non sanitari, oneri finanziari, locazioni passive.

Complessivamente la riduzione dei costi per effetto del piano presentato è stimato in circa € 1.900.000 nel triennio.

3. LA PIANIFICAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE PER IL TRIENNIO 2020-2022

L'Azienda annualmente predispose un sistema integrato di Pianificazione Strategica e di Programmazione a medio-lungo periodo. La **Pianificazione** rappresenta il processo attraverso il quale l'Azienda, nell'ambito di una progettualità pluriennale, definisce i propri obiettivi, le azioni strategiche da realizzare e le azioni per conseguire gli obiettivi.

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

- Recepimento delle direttive Nazionale e Regionali;
- Formulazione degli obiettivi;
- Valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi;

La **Programmazione** rappresenta il processo con il quale l'Azienda individua, con riferimento ad un arco temporale **annuale**, le azioni per il raggiungimento degli obiettivi individuati nella pianificazione strategica.

Il processo di programmazione può essere articolato sinteticamente nelle seguenti fasi:

- Definizione degli obiettivi annuali coerenti con quelli della pianificazione strategica;
- Elaborazione di indicatori, individuazione di target;

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso il **Budget**.

Il Budget rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (C.d.R.).

Nell'ambito della Pianificazione e della Programmazione il **Piano della Performance** è collegato con i seguenti documenti di indirizzo Aziendali:

- Bilancio Economico Previsionale Pluriennale e Annuale;
- Piano degli Investimenti;
- Piano di Zona dei servizi alla persona;

Fanno parte del livello strategico anche altri documenti programmatici con una importanza settoriale rilevante:

- Piano aziendale di Prevenzione della Corruzione 2020-2022 (delibera n.28/2020);
- Piano triennale di Audit 2018-2020 (delibera n.82/2020)
- Piano Formativo Aziendale 2020 (delibera n. 1999/2019)
- Piano Aziendale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021

Il Piano della Performance, viene aggiornato annualmente in conformità agli obiettivi definiti in sede di programmazione nazionale e regionale e in base alle politiche e alla programmazione aziendale.

4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI DEL TRIENNIO 2020-2022

Le linee strategiche aziendali sono prioritariamente derivate dalle **disposizioni regionali** che indicano **obiettivi di salute e di funzionamento** miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione, nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali ai fini della valutazione delle attività. L'Azienda promuove inoltre altri **obiettivi di rilevanza aziendale** ad integrazione di quanto derivante dalla programmazione regionale, prioritari per garantire un'offerta sanitaria di eccellenza correlata ad una gestione efficiente delle risorse a disposizione.

La Pianificazione Strategica Aziendale

Sulla base dell'analisi dei contesti di Riferimento, dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale, e perseguendo l'intenzione di consolidare, approfondire quanto iniziato, adeguando le azioni da intraprendere, qual' ora siano emerse delle criticità in corso d'opera, l'Azienda individua le seguenti aree di rilevanza strategica e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2020-2022



ATTUAZIONE NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

- *SPECIALIZZAZIONE - INTEGRAZIONE DEI SERVIZI – RETE – QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA*

QUALITA' ED APPROPRIATEZZA

- *PRESA IN CARICO - CONTINUITA' DELLE CURE - ACCESSIBILITA' AI SERVIZI*

INNOVAZIONE

- *SVILUPPO TECNOLOGIE BIOMEDICALI – SISTEMI INFORMATIVI*

EQUILIBRIO ECONOMICO E GOVERNO DELLE RISORSE

- *EQUILIBRIO ECONOMICO E FINANZIARIO - GOVERNO RISORSE UMANE*

COMUNICAZIONE TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

- *COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA - ACCOUNTABILITY*

APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO ASSISTENZA

- *QUALITA' DELLE PRESTAZIONI – OMOGENEITA' NEI PROCESSI DI LAVORO*

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

- *MONITORAGGIO - STRUMENTI OPERATIVI*

5. GLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI

5.1 Obiettivi Strategici declinati in Obiettivi Operativi

Per ciascuna area strategica vengono di seguito evidenziati gli obiettivi operativi annuali che costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e la definizione degli obiettivi di budget di tutte le strutture aziendali.

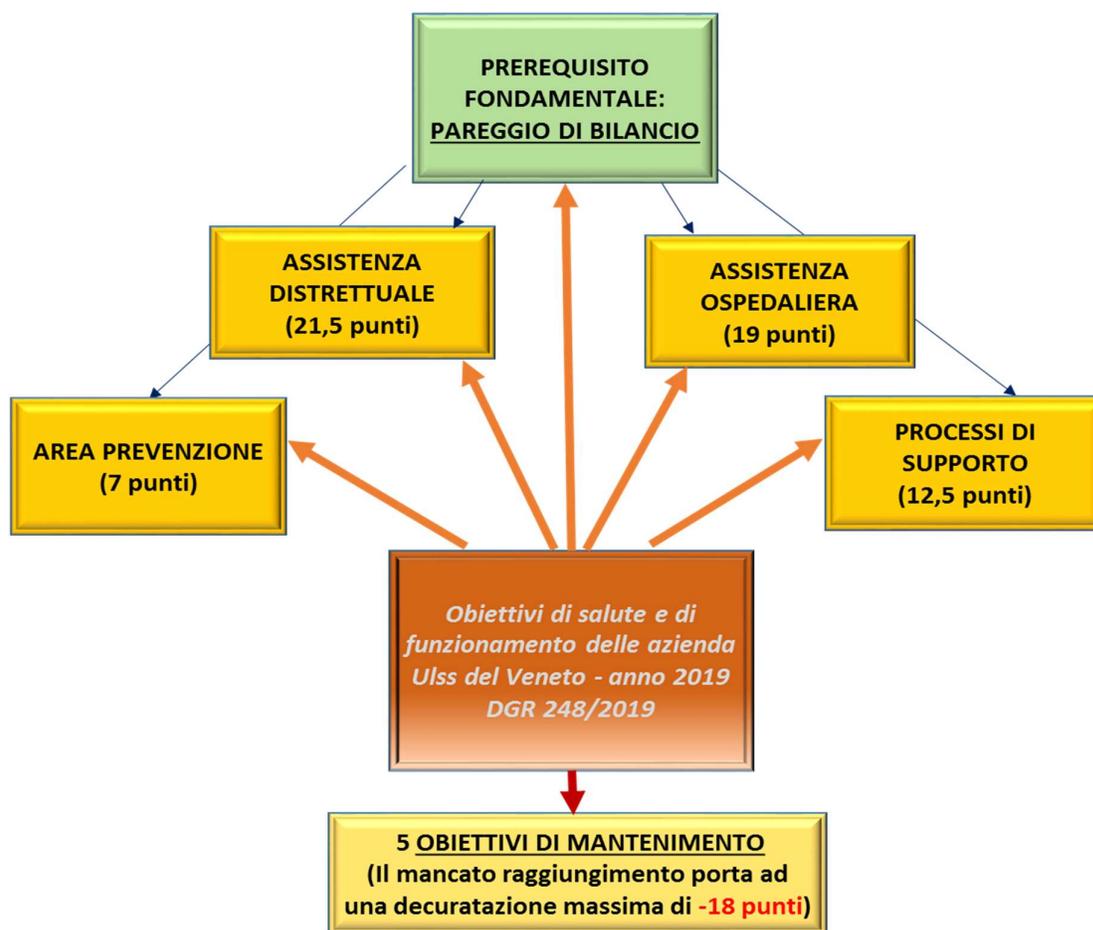
Gli obiettivi operativi sono strettamente collegati con il Bilancio Economico Preventivo Annuale in coerenza con le risorse disponibili.

Una parte rilevante della programmazione operativa discende inoltre dalla programmazione Regionale che annualmente assegna alle Aziende **Obiettivi di Salute e di Funzionamento** specifici e dettagliati.

In attesa della DGR che definirà gli obiettivi per l'anno 2020, si fa riferimento alla DGR 248/2019 in cui vengono esplicitati gli obiettivi con evidenza delle aree di maggiore miglioramento di performance e le aree di maggiore criticità aziendali.

Gli obiettivi sono parametrati come per gli esercizi precedenti, rispetto a degli standard gestionali e dei modelli organizzativi di riferimento che rappresentano *best practice* regionali.

La DGR definisce nel dettaglio obiettivi e indicatori di performance che vengono monitorati e verificati nel corso dell'esercizio attraverso puntuali valutazioni periodiche dei singoli indicatori.



ATTUAZIONE NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'anno 2020 si caratterizza per l'attuazione a livello aziendale delle nuove schede ospedaliere definite dalla Regione con DGR 614/2019, come da piano operativo deliberato dall'Azienda. Questo passaggio completerà la riorganizzazione dell'intera Azienda iniziata nel 2018 con la razionalizzazione dei servizi amministrativi e territoriali. Il nuovo atto aziendale che sarà deliberato nel corso del 2020 sulla base di emanande linee guida regionali, rappresenterà la nuova Azienda nella sua interezza. Prosegue per tutte le aree i processi di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure che per alcuni settori aziendali comuni per tipologia di attività prodotta, presentano ancora gradi di differenziazione rilevanti.

Entro l'anno 2020 si dovrà dare piena attuazione e piena operatività alla nuova struttura aziendale. **(Ridefinire l'attività in funzione della nuova organizzazione).**

Di particolare rilevanza l'uniformità dei processi in tutte le aree e in tutti i livelli di assistenza erogati dall'Azienda, con l'obiettivo di Omogeneizzare l'offerta di prestazioni fornite agli utenti nei diversi ambiti aziendali (ospedale – territorio) eliminando le differenze esistenti. Gli utenti che richiedono prestazioni e/o servizi accedendo dalle diverse realtà aziendali dovranno trovare omogeneità di offerta e dovrà essere garantita in tutto il proprio territorio le stesse modalità di presa in carico nei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura offerti dai servizi.

Continua anche per i processi amministrativi una rivisitazione prevedendo anche un progressivo allineamento dei vari sistemi informatici presenti attualmente in Azienda. **(Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi).**

L'attuazione di un sistema di specializzazione dell'attività prodotta, in particolare in ambito ospedaliero continuerà ad essere un importante obiettivo anche per 2020. Si tratta di definire una rete diversificata di offerta delle attività ospedaliere in grado di garantire la qualità in coerenza con la professionalità espressa dai professionisti presenti in azienda. **(Sviluppare reti cliniche e di servizi – Specializzare la produzione).**

OBIETTIVO STRATEGICO 1: obiettivi operativi

Riorganizzare l'attività in funzione della nuova organizzazione

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
1.1	Dare attuazione alla nuova organizzazione	1.1.1 Definire la nuova organizzazione all'interno di ogni U.O (Attività-Risorse) e darne attuazione	Ospedale/Territorio/Dip.Pre venzione/ Amministrativi	A regime il modello organizzativo definito dall'Atto Aziendale e attuare il Piano aziendale relativo alle nuove schede ospedaliere come da DGR 614/2019	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
1.2	Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi	1.2.1 Omogeneizzare procedure/ processi	Ospedale/Territorio/Dip.Pre venzione/ Amministrativi	Procedure/Percorsi definiti e attuati	100% di quanti previsti	100% di quanti previsti	100% di quanti previsti

Sviluppare reti cliniche e di servizi – Specializzare la produzione

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
1.3	Sviluppare reti cliniche e di servizi - Specializzare la produzione	1.3.1 Sviluppare una rete clinica tra Ospedali: Ematologia, Oncologia, Brest, Obesità	Ospedale/Territorio	Organizzazione dell'offerta a regime	A regime l'attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
		1.3.2 Attuare una specializzazione dell'attività prodotta	Ospedale/Territorio	Proposta ed attuazione	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

QUALITA' ED APPROPRIATEZZA

Obiettivo dell'Azienda è mantenere una forte attenzione verso il miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti, promuovendo il miglioramento dei processi interni.

Negli ultimi anni le Aziende Sanitarie hanno a disposizione dei sistemi di valutazione della performance organizzativa prodotte da Organismi riconosciuti a livello nazionale, che permette il confronto e la valutazione nel tempo di una serie di indicatori atti a monitorare le diverse dimensioni delle aziende.

Una valutazione consolidata è effettuata dal **MES (Laboratorio management e sanità)** che, su incarico della Regione Veneto, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il bersaglio, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di balance scorecard, in cinque dimensioni: capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, valutazione sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa.

Altro strumento è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN.

Obiettivo per il 2020 per l'Azienda Ulss 8 Berica è il mantenimento/miglioramento dei risultati raggiunti con il superamento delle criticità rilevate nel corso del 2019. **(Migliorare gli esiti delle cure).**

Il tema dell'Appropriatezza in un'azienda sanitaria è prioritario e riguarda tutte le attività sia dal lato della domanda che dell'offerta. In particolare modo gli obiettivi per il triennio e specifici per il 2020 riguardano in particolare il rispetto dei tempi di attesa, l'appropriatezza prescrittiva, l'efficientamento dell'attività operatoria, la nuova organizzazione della medicina d'urgenza, la valutazione e gestione delle attività riferite al paziente ricoverato (richieste radiologiche, di laboratorio e di consulenza).

La necessità di garantire tempi di attesa congrui per l'erogazione delle prestazioni sanitarie spinge l'Azienda a dotarsi di strumenti di verifica e di monitoraggio relativi all'appropriatezza prescrittiva. In particolare sarà introdotto uno strumento informativo operativo di analisi del prescritto per facilitare l'analisi e l'evidenza di eventuali inappropriatezze. **(Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale).**

L'azienda intende continuare inoltre a promuovere il tema della Presa in carico del paziente in tutti le fasi del percorso di diagnosi e cura con azioni mirate in ambito ospedaliero, di assistenza specialistica e territoriale (strutture e domicilio del paziente) in piena integrazione anche con i Medici Convenzionati. **(Migliorare la presa in carico del paziente).**

In tema di Prevenzione rimangono prioritarie per l'Azienda tutte le azioni atte a promuovere la massima adesione alle Campagne Vaccinali e agli Screening per la popolazione individuata.

Questa Azienda è coinvolta inoltre da qualche anno, nel monitoraggio e nella gestione della sorveglianza alla popolazione con esposizione ai PFAS: si tratta di un'attività rilevante di Screening di Primo e di Secondo Livello con l'esecuzione di importanti volumi di attività di specialistica ambulatoriale. **(Promuovere la Prevenzione).**

OBIETTIVO STRATEGICO 2: obiettivi operativi

Migliorare gli esiti delle cure

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
2.1	Migliorare gli esiti delle cure	Mantenere e migliorare le performance sanitarie rispetto agli indicatori di esito nazionali e/o regionali (Agenas, MES) - Appropriately delle cure ospedaliere (Indicatori patto per la salute 2010-2012; Indicatori S.Anna)	Ospedale/Territorio	Aderenza agli standard previsti in particolar modo nelle aree considerate nella Treemap	Mantenimento degli standard previsti o miglioramento degli indicatori critici	Mantenimento degli standard previsti o miglioramento degli indicatori critici	Mantenimento degli standard previsti o miglioramento degli indicatori critici

Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
2.2	Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale	Riorganizzare/Potenziare l'attività chirurgica (tempistiche, dotazioni, alternative, sabato)	Ospedale	Es: tempi inizio seduta	100% rispetto tempi previsti	100% rispetto tempi previsti	100% rispetto tempi previsti
		Indicatori di appropriatezza prescrittiva Farmaceutica e specialistica	Ospedale/Territorio	% di appropriatezza	% previste dalla Regione	% previste dalla Regione	% previste dalla Regione
		Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali e Interventi Chirurgici (Oncologici/Altri)	Ospedale	% tempi di attesa garantiti nei termini previsto	% previste dalla Regione	% previste dalla Regione	% previste dalla Regione
		Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014); DR 119/2018	Ospedale	Attivazione Fast Track - Pronto Soccorso Geriatrico - attivazione disposizioni DR 119 - garanzia dei posti letto in area medica ; Consulenze nei tempi previsti	A regime	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Migliorare la presa in carico del paziente

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022
2.3	Migliorare la presa in carico del paziente	Ospedale/Territorio	Attivazione del Protocollo delle dimissioni protette: definire il percorso e omogeneizzare le modalità di dimissione e l'ingresso nelle rete dei Servizi Territoriali; Integrazione delle funzioni della Centrale Operativa territoriale: completamento del percorso per l'accesso e la transizione nelle varie fasi assistenziali dei pazienti fra Ospedale, domicilio, Strutture intermedie e Centri Servizi; Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 Cure domiciliari	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
			Ospedale/Territorio	Indicatori relativi all'assistenza domiciliare/Cure palliative	% previste dalla Regione	% previste dalla Regione
		Territorio	Monitoraggio piano triennale delle Medicine di rete e delle Medicine di Gruppo ex ACN	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
		Ospedale/Territorio	Attivazione a regime PL ODC- URT - Hospice	a regime	a regime	a regime
		Ospedale/Territorio	Attivazione a regime	a regime	a regime	a regime
2.3.5	Definire percorsi condivisi tra medici ospedalieri e Medici Convenzionati	Ospedale/Territorio	Protocolli / Linee guida	documento	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Promuovere la Prevenzione

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022
2.4	Promuovere la Prevenzione	Ospedale/Territorio	% di adesione	Target Regionale	Target Regionale	Target Regionale
		Ospedale/Territorio	Attivazione a regime	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

INNOVAZIONE

La gestione delle Innovazioni e quindi dei correlati investimenti, richiede un attento equilibrio fra le necessità di rinnovo e sviluppo delle apparecchiature e degli immobili aziendali e le difficoltà di reperire risorse finanziarie.

L'Azienda ricerca una attenta politica di gestione degli investimenti che bilanci le necessità di ripristino dell'ottimale funzionalità delle strutture e degli impianti con le fonti di finanziamento a disposizione.

In particolare il rispetto dei tempi di approvvigionamento dei beni e dei lavori garantisce la coerenza tra la programmazione e la realizzazione degli interventi previsti.

In riferimento ai sistemi informativi aziendali prosegue il potenziamento dell'infrastruttura e l'unificazione degli applicativi aziendali; in particolare tutti i dipartimentali relativi alla diagnostica di laboratorio (Anatomia Patologica, Laboratorio Analisi, Microbiologia, Genetica) presenti storicamente nei due distretti, saranno unificati e utilizzati in modo univoco nel 2020.

L'esercizio corrente si caratterizza inoltre per importanti sviluppi informatici che coinvolgono tutto il sistema ospedale e il territorio.

In particolare tutta l'attività prodotta dal Territorio in tutte le sue strutture saranno schedate e gestite da un nuovo applicativo SIT (Sistema Informativo territoriale). Il nuovo sistema informatico, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1828 del 27/12/2018 per la gestione dell'attività territoriale sarà a regime entro fine anno. Tale nuovo software, collegato all'anagrafe aziendale e suddiviso in specifici moduli, permetterà la digitalizzazione e l'uniformità delle procedure di presa in carico, valutazione, attivazione di servizi e rendicontazione dei flussi, da parte delle UU.OO. territoriali del Distretto Est e del Distretto Ovest. Le diverse aree distrettuali (area anziani, cure primarie, continuità assistenziale, Dipartimento di Salute Mentale, Serd, IAF) avranno una gestione informatica omogenea e condivisa permettendo al massima tracciabilità degli eventi, degli assistiti e dei percorsi.

Contestualmente anche l'ospedale sarà coinvolto in un'importante cambio di applicativo per la gestione di tutte le informazioni inerenti l'attività prodotta. Durante l'esercizio 2020 inizieranno le prime azioni operative finalizzate all'adozione del nuovo applicativo SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) che coinvolgerà l'intera Azienda e i principali ambiti operativi (ricoveri, pronto soccorso, cup, gruppo operatorio).

Proseguono anche per il triennio 2020-2022 le azioni previste per l'implementazione del Fascicolo Sanitario Regionale con un'importante azione formativa e la messa a sistema dei documenti/referti sanitari (referti, verbali operatori, lettere di dimissione).

OBIETTIVO STRATEGICO 3: obiettivi operativi

Adeguare le risorse strutturali, tecnologiche e dei sistemi informativi alla nuova organizzazione e al fabbisogno aziendale

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
3.1	3.1.1	A regime tutte le acquisizioni/interventi previsti nel piano degli investimenti	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	% Acquisti e Lavori previsti nel Piano Investimenti	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	3.1.2	Potenziare l'infrastruttura informatica e gli applicativi aziendali e loro interconnessione	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	% interventi effettuati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	3.1.3	Obiettivi - Sanità Digitale: Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	3.1.4	Nuovo Sistema Informativo Territoriale a regime	Territorio	Implementazione nuovo sistema informatico	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
		Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)	Ospedale	Implementazione nuovo sistema informatico	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

EQUILIBRIO ECONOMICO E GOVERNO DELLE RISORSE

L'Azienda intende perseguire il sostanziale equilibrio economico-finanziario nel bilancio anche per l'anno 2020 in linea con quanto previsto dalla programmazione Regionale. Nello specifico con il rispetto dei vincoli di bilancio e dei tetti di spesa previsti dalla Regione ma anche come ricerca continua di efficienza e di economicità nelle proprie azioni.

La dimensione, la complessità e l'estensione territoriale della nuova Azienda (oltre 6.000 dipendenti, un valore della Produzione pari a circa 1 mld di euro) richiede di consolidare i sistemi amministrativi di programmazione delle acquisizioni (personale, beni, investimenti, lavori) e la realizzazione degli stessi.

Obiettivo specifico per l'Area Amministrativa è dotarsi di strumenti per il governo, la rendicontazione dell'attività e il monitoraggio dei tempi di risposta per l'acquisizione delle risorse utili per il funzionamento della produzione aziendale. **(Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo).**

Rimane prioritario inoltre perseguire l'obiettivo anche per il 2020 di migliorare il saldo di Mobilità intra ed extra Regione vista la grande potenzialità produttiva aziendale, anche considerando l'importante offerta complementare del privato accreditato presente nel territorio di riferimento.

Un'altra importante area di miglioramento da affrontare nel 2020 riguarda l'analisi e lo sviluppo di un piano di internalizzazione delle prestazioni sanitarie non eseguite in azienda e quindi acquisite all'esterno. In particolare le strutture aziendali afferenti all'area della diagnostica di laboratorio (Microbiologia, Laboratorio analisi, Genetica e Anatomia Patologica) sono interessate a verificare l'organizzazione dell'attività e la possibilità di centralizzare e ricondurre all'interno le prestazioni richieste dai vari reparti a strutture esterne all'Azienda anche nell'ottica di concentrare le richieste previa verifica e controllo dei flussi economici correlati all'attività richiesta.

In ambito amministrativo, correlato alla gestione efficiente delle risorse, l'Azienda ha iniziato lo sviluppo di percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi.

Dopo aver attivato nel 2019 il sistema di incasso tramite MYPAY con riferimento alle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione relative al D.Lgs. 194/2008 e ai certificati export, e aver attivato l'integrazione con il MYPAY per il pagamento on line delle prestazioni del CUP area Est, obiettivo per il 2020 è l'estensione degli incassi digitali per tutte le prestazioni CUP e di recupero crediti.

Inoltre con l'avvio dell'Ordine Digitale l'Azienda mira a dematerializzare progressivamente l'intero flusso ordine/fattura/liquidazione/pagamento introducendo la liquidazione digitale dei documenti di spesa. Evidenza inoltre lo sviluppo di sistemi di conservazione digitale anche ai documenti analogici (fatture e ricevute CUP, registri contabili...).

Da alcuni anni l'Azienda ha intrapreso un potenziamento del Sistema di Audit interno per individuare i processi prioritari da sottoporre all'attività di Audit (attività di risk scoring), valutare i rischi e svolgere audit sui processi analizzati e proceduralizzati ritenuti prioritari.

In base al Piano Aziendale di Audit per l'esercizio 2020 si evidenziamo i seguenti processi che saranno implementati e monitorati: libera professione aziendale; residenzialità e semi residenzialità socio sanitari; medicina convenzionata; gestione del contratto di servizi /gestione dei contratti in outsourcing (ristorazione e pulizie), assistenza protesica.

Nella nuova organizzazione l'Azienda ha dovuto ripensare e armonizzare la gestione del personale dipendente. L'anno 2020 si caratterizzerà per il proseguimento nel percorso di valorizzazione del personale – anche attraverso l'omogeneizzazione degli istituti contrattuali, un rinnovamento del sistema di valutazione degli operatori e la promozione continua della formazione professionale. Nello specifico nel 2020 troverà applicazione completa il nuovo CCNL del comparto. Anche per l'area della Dirigenza Medica l'Azienda inizierà ad applicare il nuovo contratto sottoscritto a fine 2019 con la definizione e omogeneizzazione dei fondi e la ridefinizione delle posizioni e relative retribuzioni. **(Valorizzare le risorse umane).**

OBIETTIVO STRATEGICO 4: obiettivi operativi

Valorizzare le risorse umane

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022
4.1	Valorizzare le risorse umane 4.1.1 Ridefinire il sistema di valutazione del personale dipendente - Definire istituti contrattuali aziendali - A regime coperture apicali	Amministrativi	A regime nomime e istituti contrattuali	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022
4.2	Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo 4.2.1 Migliorare il processo di programmazione dei fabbisogni dei beni e servizi e le procedure di approvvigionamento	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	4.2.2 Migliorare il Saldo di mobilità Intra ed Extra regione	Ospedale	Obiettivi definiti a livello regionale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	4.2.3 Equilibrio Economico-Finanziario e rispetto dei limiti di costo	Ospedale/Territorio/D ip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale	tetti previsti	tetti previsti	tetti previsti
	4.2.4 Migliorare il controllo del ciclo passivo : Controllo -Liquidazione- Pagamenti	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	4.2.5 Sviluppare il Sistema di Controllo Interno	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	4.2.6 Internalizzare e razionalizzare acquisti di prestazioni sanitarie da altre Aziende	Ospedale /Amministrativi	Centralizzazione delle richieste e internalizzazione	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	4.2.7 Sviluppare il cruscotto direzionale	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	4.2.8 Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	4.2.9 Qualità dei Flussi aziendali	Ospedale/Territorio/D ip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	4.2.10 Percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi Amministrativi	Amministrativi	Implementazione del sistema di incasso MYPAY/ l'avvio dell'Ordine Digitale/conservazione digitale documenti analogici	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto

COMUNICAZIONE, TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

L'azienda da alcuni anni ritiene prioritario lo sviluppo della comunicazione interna ed esterna anche attraverso l'implementazione di strumenti che favoriscano un effettivo esercizio del diritto di accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione da parte dei soggetti interessati, al fine di migliorare la trasparenza dell'azione amministrativa anche in ottemperanza alle recenti normative sull'amministrazione aperta.

Importanti sviluppi inoltre sono previsti per il triennio negli ambiti della trasparenza e nella Prevenzione della Corruzione, nello specifico il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2020-2022 dell'Azienda ULSS n.8 Berica (delibera n.28/2020); recepisce dinamicamente ogni sviluppo dei contenuti della Legge 190/2012 e successivi aggiornamenti, al Piano nazionale Anticorruzione, alle linee guida e determine dell'ANAC.

In particolare per il triennio considerate l'Azienda persegue:

- la promozione di maggiori livelli di trasparenza, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» con la revisione degli obblighi di pubblicazione e la piena applicazione del diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria;
- l'intervento sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa prevedendo l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste;
- l'evoluzione del piano di riorganizzazione aziendale e la sua piena applicazione, con l'obiettivo di attivare, in collaborazione con il Servizio Internal Auditing, lo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono funzioni esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla gestione del personale e agli acquisti in sanità e a tutte le aree specifiche indicate nei PNA.

L'Azienda, ai fini della completa attuazione dei principi di trasparenza e integrità, ha da tempo operato affinché il proprio sito istituzionale, offra agli utenti un'immagine aziendale con caratteristiche di uniformità, riconoscibilità e semplicità di navigazione.

L'Azienda intende avvalersi di più strumenti e canali per garantire alla popolazione lo svolgimento di diverse attività di informazione e di comunicazione attraverso comunicati stampa, opuscoli, pagina facebook.

ANNO 2020 Obiettivi orientati verso il controllo e il miglioramento delle misure introdotte:

- ✓ Formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza
- ✓ Codice di Comportamento
- ✓ Trasparenza e obblighi di pubblicazione
- ✓ Analisi aree di attività e mappatura dei processi
- ✓ Accesso Civico Generalizzato/ Accesso Civico/Accesso Documentale
- ✓ Whistleblower
- ✓ Art. 53 comma 16 ter del d.lgs. n. 165 del 30.3.2001

- ✓ Verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto di interessi
- ✓ Diffusione di linee guida e buone pratiche

Obiettivi dettagliati e mirati in tema di Trasparenza e Anticorruzione vengono declinati nella scheda di budget di tutte le UU.OO interessate.

Gli obiettivi strategici nell'ambito della comunicazione in relazione all'implemento della trasparenza vertono a:

- informare sul ruolo svolto dall'Azienda rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini e assicurando la massima visibilità sull'efficienza e l'impegno;
- richiamare l'attenzione dei cittadini per la valutazione dei servizi erogati ed incrementare le iniziative di coinvolgimento;
- sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione di temi di interesse pubblico;
- rendere puntuale conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- garantire la massima trasparenza sull'andamento dell'Azienda.

OBIETTIVO STRATEGICO 5: obiettivi operativi

Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022		
5.1	Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni	5.1.1	Sviluppare strategie di comunicazione	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
		5.1.2	Applicare la normativa sulla privacy	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022		
5.2	Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio	5.2.1	Applicare la normativa sulla trasparenza	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022		
5.3	Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi	5.3.1	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (D.Lgs. 190/2012)	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA

L'Azienda promuove da alcuni anni azioni tese a garantire l'appropriatezza e il miglioramento dell'assistenza infermieristica, tecnica e riabilitativa, attraverso progettualità in grado di coinvolgere tutto il personale.

Nello specifico per l'anno 2020, anche in continuità con gli obiettivi degli anni precedenti, sono state individuate le seguenti progettualità:

- Partecipazione alla ricerca promossa dalla Regione Veneto "Cure infermieristiche compromesse" secondo il protocollo di ricerca;
- Partecipazione all'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures), promossa dalla Regione Veneto e realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- Implementazione della procedura "Gestione consulenza infermieristica";
- Documento di formalizzazione e attivazione dell'ambulatorio infermieristico;
- Revisione del documento "Gestione del paziente con catetere vescicale";
- Implementazione/revisione del progetto "Gestione integrata del personale infermieristico nelle Sale Operatoria": monitoraggio e report;
- Attivazione del progetto relativo alla gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO), come da DGRV n. 568/15 e DGRV n. 228/2018;
- Stesura/revisione di un documento a supporto di cambiamenti organizzativi relativi ai diversi processi di lavoro;
- Stesura/revisione ed adozione di una procedura/protocollo/istruzione operativa relativa alla presa in carico di un paziente o all'esecuzione di una procedura clinica al fine di migliorare la qualità della prestazione.

OBIETTIVO STRATEGICO 6: obiettivi operativi**Migliorare l'assistenza**

OBIETTIVO		Area interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
6.1 Migliorare l'assistenza	6.1.1	Stesura/revisione ed adozione di una procedura/protocollo/istruzione operativa relativa alla presa in carico dei pazienti o all'esecuzione di una procedura clinica al fine di migliorare la qualità della prestazione; Stesura/revisione di una procedura/protocollo/istruzione operativa relativa all'ambito organizzativo al fine di omogenizzare i processi di lavoro.	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	6.1.2	Partecipazione all'indagine PREMs, partecipazione alla ricerca "Cure infermieristiche compromesse"	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	6.1.3	Implementazione/revisione del progetto "Gestione integrata del personale infermieristico nelle Sale Operatoria", monitoraggio e report; progetto relativo alla gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO), come da DGRV 568/15 e DGRV 228/2018	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

OBIETTIVO STRATEGICO 7:

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PROMOZIONE DELLA SALUTE DEL PAZIENTE

La tutela della salute e quindi la protezione dei cittadini dai rischi per la salute è obiettivo strategico dell'Azienda. Questa protezione passa attraverso la valutazione scientifica dei rischi, il miglioramento della sicurezza dei lavoratori e l'azione di contrasto sugli infortuni.

Le politiche aziendali per la gestione dei rischi mirano a garantire per ogni livello professionale le migliori condizioni di sicurezza, attraverso un ambiente confortevole con infrastrutture e risorse adeguate a favorire il miglioramento continuo del livello di qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. La qualità delle cure non può prescindere dalla sistematica adozione di strategie per il governo del "rischio clinico" e per la sicurezza dei pazienti, così da consentire di affrontare e governare in maniera integrata i diversi aspetti della sicurezza dei pazienti con il monitoraggio degli eventi avversi, l'emanazione di linee guida, le strategie di formazione ed il supporto per la gestione degli aspetti assicurativi e medico-legali.

Nello specifico nell'esercizio 2020 i temi che affronterà l'Azienda saranno:

- Raccomandazioni sicurezza dei farmaci (gestione mezzo di contrasto, raccomandazione 19, prevenzione errori terapia);
- PNCAR (report mensili germi sentinella, stewardship, percorso sepsi, consumo antibiotici aziendale trimestrale in ddd);
- Sicurezza trasfusioni e buon uso del sangue e degli emoderivati;
- Manuale di sicurezza di sala operatoria (completamento ed estensione alle diagnostiche interventistiche),
- Raccomandazione prevenzione suicidio (depressione perinatale, assistenza categorie a rischio).

OBIETTIVO STRATEGICO 7: obiettivi operativo

Migliorare la gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente

OBIETTIVO		Area Interessata	Indicatore	Valore 2020	Valore 2021	Valore 2022	
7.1 Migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	7.1.1	Risk management: manuale sicurezza sala operatoria, -raccomandazione sicurezza dei farmaci, raccomandazione prevenzione suicidio.	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno
	7.1.2	Infezione correlate alle pratiche assistenziali: Sicurezza trasfusioni e buon uso del sangue e degli emoderivati; PNCAR MINISTERIALE 2017/2020 (report mensili germi sentinella, stewardship, percorso sepsi, consumo antibiotici in ddd)	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno	100% delle azioni definite per l'anno

Per quanto concerne gli **obiettivi Regionali** che sono stati assegnati, e sui quali l'Azienda continuerà a lavorare ne viene riportata una sintesi:

Sintesi degli Obiettivi Regionali di Salute e di Funzionamento Anno 2019

PRE-REQUISITO FONDAMENTALE: PAREGGIO DI BILANCIO		
Codice pre-requisito	Obiettivo	Indicatore
D.A.1.1.PRE1	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio
D.A.1.1.PRE2	Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS inseriti nella corretta associazione
D.A.3.1.PRE	Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori
D.B.1.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati
D.E.1.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati
D.F.1.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)
D.F.1.1.PRE	Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi
D.H.1.PRE1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario
D.H.1.PRE2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario
D.H.3.3.PRE	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)
D.H.4.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati
D.I.1.1.PRE	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.
D.T.1.2.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM	% indicatori rispettati
O.A.1.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati
O.T.1.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati
O.T.1.2.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati
O.T.1.3.PRE	Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)
O.T.2.1.PRE	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati
O.T.5.PRE1	Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale	n. studi inseriti nel registro regionale/ n. studi inseriti nel registro nazionale
O.T.5.PRE2	Completo e tempestivo inserimento degli studi nel registro regionale	% schede di rendicontazione economica compilate nel registro regionale(studi valutati nell'anno 2019) per studi interventistici con farmaci o dispositivi medici
O.T.9.1.PRE	Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formativa attinente le infezioni correlate all'assistenza
S.B.2.1.PRE	Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione
S.D.3.1.PRE	Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione

Pre-Requisiti su Area Distrettuale

Pre-requisiti su Area Ospedaliera

Pre-Requisiti su Area Serv.Generali

AREA PREVENZIONE:

Codice Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	ULSS8 Punteggi Disponibili
P.A.1.1	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1
P.A.1.2	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	1
P.A.1.3	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	1
P.C.1.1	Prevenzione infortuni sul lavoro	Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	0,5
P.E.1.1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,2
P.E.1.2	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	0,2
P.E.1.3	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	0,1
P.E.1.4	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,1
P.E.1.5	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% aziende equine controllate per anagrafe	0,1
P.E.1.6	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,1
P.E.1.7	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	esecuzione del PNAA	0,1
P.E.1.8	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	0,1
P.F.1.1	Rispetto degli standard di copertura per screening	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	0,5
P.F.1.2	Rispetto degli standard di copertura per screening	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	0,5
P.F.1.3	Rispetto degli standard di copertura per screening	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	0,5
P.F.2.1	Promozione di stili di vita sani	Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	0,5
P.F.2.2	Promozione di stili di vita sani	Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	0,5

AREA DISTRETTUALE:

Codice Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	ULSS8 Punteggi Disponibili
D.A.1.1	Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	% della programmazione attuata entro la fine del 2019	0,5
D.A.2.1	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	0,5
D.A.2.2	Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	0,5
D.A.3.1	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente ($\geq 0,5$ per il primo anno di attivazione, altrimenti $\geq 0,65$)	0,5
D.B.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	2
D.C.1.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	Costo Farmaceutica Convenzionata	3
D.C.1.2	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	1
D.D.1.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	0,5
D.E.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1
D.E.1.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5
D.E.1.3	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1
D.E.1.4	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5
D.E.1.5	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	1
D.E.1.6	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	0,5
D.E.1.7	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	0,5
D.E.2.1	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	1
D.F.1.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	0,5
D.H.1.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	0,5
D.H.1.2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	0,5
D.H.1.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	0,5
D.H.1.4	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	0,5
D.H.1.5	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	Mantenimento
D.H.2.1	Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	% standard rispettati	0,5
D.H.3.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	0,5
D.H.3.2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	% Malati oncologici deceduti in ospedale	0,5
D.H.3.3	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	0,5
D.H.4.1	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	1
D.I.1.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è \leq a 7 giorni	0,5
D.I.1.2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	osservazione
D.T.1.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	0,3
D.T.1.2	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	% ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0,2
D.T.2.1	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	% azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	0,3
D.T.2.2	Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	0,2

AREA OSPEDALIERA:

Codice Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	ULSS8 Punteggi Disponibili
O.A.1.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	0,5
O.T.1.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	2,5
O.T.1.2	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo Dispositivi Medici	2
O.T.1.3	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo IVD	0,5
O.T.1.4	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	0,5
O.T.1.5	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	0,5
O.T.2.1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	2
O.T.2.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	1,5
O.T.3.1	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	1
O.T.3.2	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	0,5
O.T.3.3	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	0,5
O.T.3.4	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	0,5
O.T.3.5	Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	% di parti cesarei primari	0,5
O.T.6.1	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	1
O.T.6.4	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	ATTRAZIONE INTRAREGIONALE: Aumento del numero di trapianti di midollo, DRG 481 , per residenti RVE - casi	1
O.T.6.6	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	1
O.T.6.7	Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	1
O.T.7.1	Miglioramento dell'appropriatezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	1
O.T.8.2	Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	0,5
O.T.9.1	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	0,5

AREA SERVIZI GENERALI:

Codice Obiettivo	Obiettivo	Indicatore	ULSS8 Punteggi Disponibili
S.A.1.1	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	2
S.A.1.3	Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	Costo del Personale	3
S.A.2.1	Efficienza finanziaria	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	Mantenimento
S.A.2.2	Efficienza finanziaria	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	1
S.A.3.1	Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	0,5
S.A.4.1	Internal audit	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	0,5
S.B.1.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	0,5
S.B.1.2	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	0,25
S.B.1.3	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	0,25
S.B.1.4	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	0,5
S.B.2.1	Attività propedeutiche ad avvio SIO	Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	0,5
S.B.5.1	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	% indicatori di completezza e qualità dei flussi che non costituiscono pre-requisito	Mantenimento
S.C.1.1	Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	Indicatore differenziato per Azienda	1
S.C.3.1	Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	% assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	1
S.D.3.1	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	% schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	0,5
S.D.3.2	Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	N. schede di segnalazione pervenute al RM	0,5
S.E.1.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	0,5
S.F.1.1	Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019	Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	Mantenimento
S.F.2.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	% richieste puntualmente soddisfatte	Mantenimento

Gli obiettivi strategici sono annualmente tradotti in obiettivi operativi e piani specifici di attività, formalizzati dalla Direzione Strategica, e declinati attraverso il percorso di budget che di norma si conclude entro i primi mesi di ogni anno.

La declinazione di tali obiettivi, gli indicatori e i relativi target, sono riportati nel loro dettaglio nelle schede di budget contrattate con le singole strutture.

Un prospetto di sintesi delle Aree Strategiche e degli Obiettivi Strategici sono allegati al presente documento. (All.to n.1)

5.2 Coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e l'Integrità

In considerazione del quadro normativo, il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione Trasparenza e l'Integrità, è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- l' inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda

Lo sviluppo delle principali azioni aziendali si connette con il miglioramento della performance, con il miglioramento dei percorsi assistenziali e la loro armonizzazione con i procedimenti amministrativi, i modelli e le misure per il contenimento del rischio.

Lo strumento di verifica del raggiungimento dei risultati passa quindi attraverso lo strumento del Ciclo della Performance e dal monitoraggio continuo del Servizio a Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza rispetto agli obiettivi declinati nelle schede di budget.

5.3 Coerenza tra il Piano della Performance e la Programmazione di Bilancio

Elemento di particolare valore nella gestione del ciclo della performance è dato dalla sua stretta integrazione col ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio anche al fine di correlare quanto prodotto in termini di impiego delle risorse con i relativi risultati raggiunti.

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne.

Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione strategica ed annuale aziendale. Gli obiettivi di budget sono riferiti alle risorse finanziarie, umane e strumentali gestite dall'Azienda e sono coerenti con la programmazione economico-finanziaria. Gli indicatori di risultato previsti dalla metodica di budget consentono di misurare il contributo delle singole unità operative

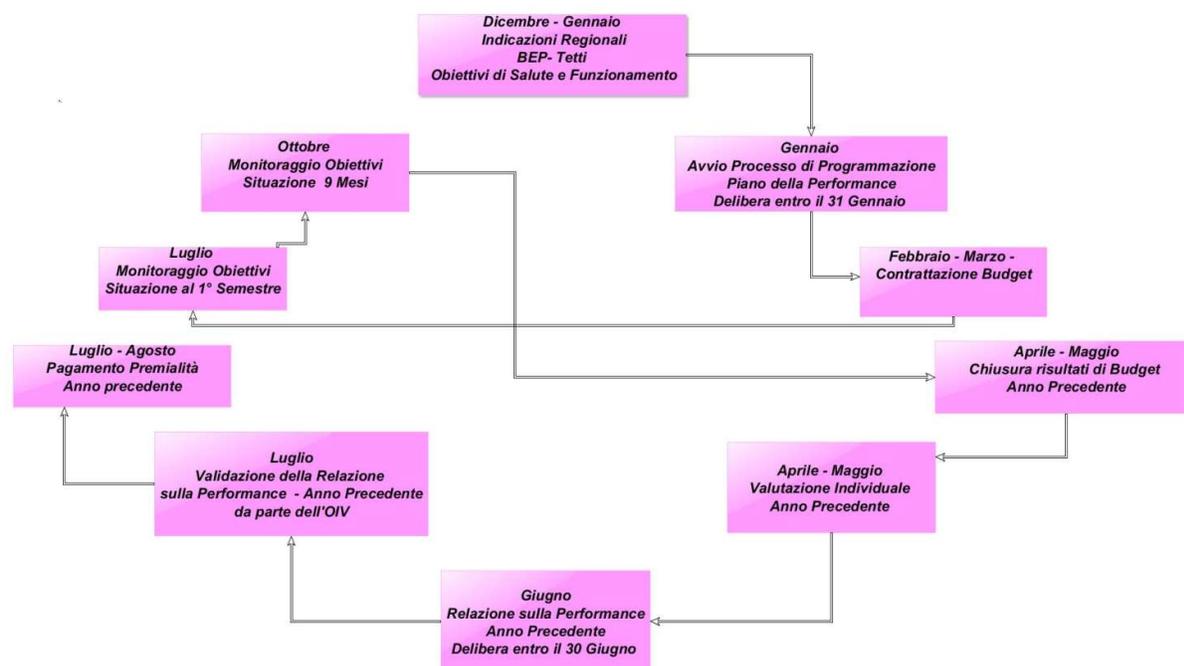
La sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In Azienda questo passaggio avviene attraverso la responsabilizzazione anche dei gestori di spesa, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo. Questo per garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infra-annuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Gestori di Fabbisogno.

5.4 Il Ciclo della Performance: Il Sistema di misurazione e valutazione

Nel disegno che segue è illustrato il Ciclo della Performance con l'evidenza di tutte le fasi, azioni, documenti che caratterizzano il funzionamento nell'azienda Ulss 8 Berica.



Nell'Azienda Ulss 8 Berica la Performance viene misurata a livello aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici complessivi aziendali (**performance aziendale**), principalmente derivati dagli obiettivi regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola Unità Operativa, individuata come centro di responsabilità (**performance organizzativa**) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (**performance individuale**) secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, al fine dello sviluppo professionale e anche ai del riconoscimento della premialità.

Il ciclo della Performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Pianificazione e Programmazione: definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il bilancio aziendale;
- Controllo: monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Rendicontazione dei risultati;
- Utilizzo dei sistemi premianti.

Il ciclo della Performance, quale processo aziendale, prevede quindi:

- La definizione e la negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché la definizione e l'assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (**Piano della performance**);
- Il monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché eventuali valutazione individuali infra-annuali (**Monitoraggio infra-annuale della Performance**);
- La misurazione e la valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (**Valutazione Performance Organizzativa**) che dei singoli professionisti (**Valutazione Performance Individuale**) e correlata distribuzione degli incentivi.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso **il Budget**.

Il Budget rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (C.d.R.).

La valutazione del personale dipendente - dirigenza e comparto - risponde ai criteri previsti, dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati, tra i quali quelli economici di centro di responsabilità e di Azienda. Il personale Dirigente è altresì soggetto a verifica con le cadenze temporali (valutazione degli incarichi dirigenziali) previste dalle normative e dai regolamenti aziendali vigenti.

AREE STRATEGICHE

1. ATTUAZIONE NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
2. QUALITA' ED APPROPRIATEZZA
3. INNOVAZIONE
4. EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E GOVERNO DELLE RISORSE
5. FAVORIRE LA COMUNICAZIONE, LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE
6. APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA
7. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE



MAPPA STRATEGICA

1. ATTUAZIONE NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	1.1	Dare attuazione alla nuova organizzazione	1.2	Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi	1.3	Sviluppare reti cliniche e di servizi - Specializzare la produzione
2. QUALITA' ED APPROPRIATEZZA	2.1	Migliorare gli esiti delle cure	2.2	Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale	2.3	Migliorare la presa in carico del paziente
	2.4	Promuovere la Prevenzione				
3. INNOVAZIONE	3.1	Adegua le risorse strutturali, tecnologiche e dei sistemi informativi alla nuova organizzazione e al fabbisogno aziendale				
4. EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E GOVERNO DELLE RISORSE	4.1	Valorizzare le risorse umane	4.2	Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo		
5. FAVORIRE LA COMUNICAZIONE, LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE	5.1	Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni	5.2	Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio	5.3	Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi
6. APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA, TECNICA E RIABILITATIVA	6.1	Migliorare l'assistenza				
7. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE	7.1	Migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente				

1. ATTUAZIONE NUOVA ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

1.1	Dare attuazione alla nuova organizzazione	1.1.1	Definire la nuova organizzazione all'interno di ogni U.O (Attività-Risorse) e darne attuazione	
1.2	Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi	1.2.1	Omogeneizzare procedure/ processi	
1.3	Sviluppare reti cliniche e di servizi	1.3.1	Sviluppare una rete clinica tra Ospedali: Ematologia, Oncologia, Brest, Obesità	1.3.2 Attuare una specializzazione dell'attività prodotta

2. QUALITA' ED APPROPRIATEZZA

2.1	Migliorare gli esiti delle cure	2.1.1	Mantenere e migliorare le performance sanitarie rispetto agli indicatori di esito nazionali e/o regionali (Agenas, MES) - Appropriately delle cure ospedaliere (Indicatori patto per la salute 2010-2012; Indicatori S.Anna)				
2.2	Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale	2.2.1	Riorganizzare/Potenziare l'attività chirurgica (tempistiche, dotazioni, alternative, sabato)	2.2.2 Indicatori di appropriatezza prescrittiva Farmaceutica e specialistica	2.2.3 Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali e Interventi Chirurgici (Oncologici/Altri)	2.2.4 Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014); DR 119/2018	
2.3	Migliorare la presa in carico del paziente	2.3.1	Migliorare il processo di dimissione protetta/Integrazione Ospedale - Territorio - ADI - Cure palliative	2.3.2 Adeguamento della organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	2.3.3 Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 DGR 1714/2017	2.3.4 Implementare le nuove unità di offerta in ambito della Salute Mentale	2.3.5 Definire percorsi condivisi tra medici ospedalieri e Medici Convenzionati
2.4	Promuovere la Prevenzione	2.4.1	Raggiungere i target previsti : Screening e Vaccinazioni	2.4.2 Piena implementazione attività di Sorveglianza PFAS			

3. INNOVAZIONE

3.1	Adeguare le risorse strutturali, tecnologiche e dei sistemi informativi alla nuova organizzazione e al fabbisogno aziendale	3.1.1	A regime tutte le acquisizioni/interventi previsti nel piano degli investimenti	3.1.2 Potenziare l'infrastruttura informatica e gli applicativi aziendali e loro interconnessione	3.1.3 Obiettivi - Sanità Digitale: Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	3.1.4 Nuovo Sistema Informativo Territoriale a regime	3.1.4 Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)
-----	---	-------	---	---	--	---	---

4.EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO E GOVERNO DELLE RISORSE

4.1	Valorizzare le risorse umane	4.1.1	Ridefinire il sistema di valutazione del personale dipendente - Definire istituti contrattuali aziendali - A regime coperture apicali					
4.2	Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo	4.2.1	Migliorare il processo di programmazione dei fabbisogni dei beni e servizi e le procedure di approvvigionamento	4.2.2	Migliorare il Saldo di mobilità Intra ed Extra regione	4.2.3	Equilibrio Economico-Finanziario e rispetto dei limiti di costo	
		4.2.4	Migliorare il controllo del ciclo passivo : Controllo -Liquidazione-Pagamenti	4.2.5	Sviluppare il Sistema di Controllo Interno	4.2.6	Internalizzare e razionalizzare acquisti di prestazioni sanitarie da altre Aziende	
		4.2.7	Sviluppare il cruscotto direzionale	4.2.8	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	4.2.9	Qualità dei Flussi aziendali	4.2.10

5. FAVORIRE LA COMUNICAZIONE, LA TRASPARENZA E L'ANTICORRUZIONE

5.1	Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni	5.1.1	Sviluppare strategie di comunicazione	5.1.2	Applicare la normativa sulla privacy			
5.2	Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio	5.2.1	Applicare la normativa sulla trasparenza					
5.3	Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi	5.3.1	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (D.Lgs. 190/2012)					

6.APPROPRIATEZZA E MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA, TECNICA E RIABILITATIVA

6.1	Migliorare l'assistenza	6.1.1	Stesura/revisione ed adozione di una procedura/protocollo/istruzione operativa relativa alla presa in carico dei pazienti o all'esecuzione di una procedura clinica al fine di migliorare la qualità della prestazione; Stesura/revisione di una procedura/protocollo/istruzione operativa relativa all'ambito organizzativo al fine di omogenizzare i processi di lavoro.	6.1.2	Partecipazione all'indagine PREMs, partecipazione alla ricerca "Cure infermieristiche compromesse"	6.1.3	Implementazione/revisione del progetto "Gestione integrata del personale infermieristico nelle Sale Operatoria", monitoraggio e report; progetto relativo alla gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO), come da DGRV 568/15 e DGRV 228/2018	
-----	-------------------------	-------	--	-------	--	-------	---	--

7.GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

7.1	Migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	7.1.1	Risk management: manuale sicurezza sala operatoria, raccomandazione sicurezza dei farmaci, raccomandazione prevenzione suicidio.	7.1.2	Infezione correlate alle pratiche assistenziali: Sicurezza trasfusioni e buon uso del sangue e degli emoderivati; PNCAR MINISTERIALE 2017/2020 (report mensili germi sentinella, stewardship, percorso sepsi, consumo antibiotici in ddd)			
-----	--	-------	--	-------	---	--	--	--