



---

Regione del Veneto

**AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 7**

Pieve di Soligo

# **RELAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNO 2016**

**(in attuazione della DGRV 140/2016 e dell'art. 10 del d.lgs. 150/2009)**



## Sommario

<b>Premessa</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Il ciclo della performance organizzativa</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali</b> .....	3
<b>1.2. assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali tramite il processo di budget</b> .....	7
<b>1.3. monitoraggio degli obiettivi</b> .....	9
<b>1.4. rinegoziazione</b> .....	9
<b>1.5. valutazione del raggiungimento degli obiettivi</b> .....	9
<b>1.6. risultati di performance organizzativa</b> .....	10
<b>2. La valutazione individuale</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 fasi del processo di valutazione individuale</b> .....	12
<b>2.2 criteri di valutazione</b> .....	13
<b>2.3 risultati di performance individuale</b> .....	15
<b>3. Risorse, efficienza ed economicità</b> .....	<b>20</b>
<b>4. Rappresentazione del processo di gestione della performance:</b> .....	<b>21</b>

## Premessa

Il presente documento rappresenta la relazione conclusiva del ciclo di gestione della performance aziendale con riferimento all'anno 2016. Tale documento rendiconta ed evidenzia la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente, ed è stato redatto tenendo conto delle indicazioni riportate nei seguenti riferimenti normativi nazionali e regionali:

- art. 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente "un documento (...) denominato Relazione sulla performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti (...)";
- d.g.r.v. n. 2205 del 6 novembre 2012, con la quale "la Giunta Regionale ha approvato le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire una applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150;
- d.g.r.v. n. 140 del 16 febbraio 2016 avente per oggetto "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) che ha sostituito integralmente la d.g.r.v. n. 2205 del 6 novembre 2012 e i suoi allegati.

La Relazione viene sottoposta alla validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

## 1. Il ciclo della performance organizzativa

Per l'anno 2016, il ciclo della performance organizzativa si esplicita nelle seguenti fasi:

### 1.1. definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali

Il ciclo della Performance ha avuto inizio con la predisposizione del Documento di Direttive, adottato con deliberazione n. 371 del 23 marzo 2016, e formulato dal direttore generale allo scopo di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione e del budget, in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione adottate dall'azienda. Il Documento di Direttive definisce gli obiettivi generali che la stessa è chiamata a raggiungere, coerentemente con gli indirizzi, le linee guida, i criteri ed i vincoli, sia di natura esterna sia di natura interna, individuati come prioritari per l'anno 2016 dalla direzione aziendale. Rappresenta, pertanto, il punto di riferimento dal quale poi sviluppare le progettualità a tutti i livelli aziendali, che si traduce operativamente nella formulazione del budget generale da cui sono declinati i budget delle strutture e dei centri di responsabilità.

Il Documento di Direttive contiene gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione Veneto con DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015, alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016, recepiti con deliberazione del commissario n. 227 del 24 febbraio 2016. Con lo stesso provvedimento sono stati inoltre individuati specifici referenti per ciascun obiettivo.

Oltre agli obiettivi regionali l'azienda ULSS n. 7 ha individuato nel Documento di Direttive alcune aree strategiche di intervento. Di seguito si riportano i principali documenti di pianificazione aziendale:

- piano di zona 2011 - 2015 (deliberazione n. 1501 del 29 novembre 2010) prorogato al 31 dicembre 2016 con deliberazione della giunta regionale del Veneto n. 1841 del 9 dicembre 2015;
- piano aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera in attuazione della d.g.r.v. n. 2122 del 19 novembre 2013 (deliberazioni n. 314 del 10 marzo 2014 e n. 1499 dell'11 dicembre 2014);
- piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie in attuazione della d.g.r.v. n. 2122 del 19 novembre 2013 (deliberazioni n. 314 del 10 marzo 2014 e n. 1499 dell'11 dicembre 2014);
- piano triennale di prevenzione delle corruzione 2016 - 2018 (deliberazione n. 46 del 27 gennaio 2016);
- piano di sviluppo delle cure primarie attraverso l'implementazione e la diffusione del modello di medicina di gruppo integrata - annualità 2014 - 2015 (deliberazione n. 1541 del 23 dicembre 2013);
- piano attuativo per il governo delle liste di attesa dell'azienda, ai sensi della d.g.r.v. n. 320 del 12 marzo 2013 (deliberazione n. 1324 del 31 ottobre 2013);
- piano di sviluppo del sistema di controllo interno triennio 2014 - 2016 (deliberazione n. 1243 del 23 ottobre 2014);
- piano triennale di azioni positive 2014 - 2016 (deliberazione n. 533 del 24 aprile 2014);
- piano di formazione anno 2016 (deliberazione n. 1420 del 22 dicembre 2015);
- piano della prevenzione aziendale (PPA) attuativo del piano regionale della prevenzione (PRP) 2014 - 2018 (deliberazione n. 1424 del 31 dicembre 2015);
- piano d'investimenti e programma triennale dei lavori pubblici 2014-2016 (deliberazione n. 990 del 21 agosto 2014).

Gli obiettivi sono stati suddivisi nelle seguenti aree:

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

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
A.1	adeguamento della organizzazione delle cure primarie agli indirizzi previsti dalla L.R. n. 23/2012 PSSR 2012-2016		✓		✓
A.2	adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla L.R. n. 23/2012 PSSR 2012-2016	✓	✓		✓
A.3	adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla L.R. n. 23/2012 PSSR 2012-2016	✓			
obiettivi aziendali					

realizzazione del piano degli investimenti sulle strutture aziendali:				✓
- adeguamento sismico del presidio ospedaliero di Vittorio Veneto				✓

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

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
B.1	riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale				✓
B.2	contabilità analitica e modelli LA				✓
B.3	applicare politiche di autoassicurazione				✓
obiettivi aziendali					
	adempimenti connessi al programma per la trasparenza e l'integrità	✓	✓	✓	✓

C) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi:

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
C.1	copertura vaccinazioni già obbligatorie e screening oncologici		✓	✓	
C.2	raggiungimento della percentuale del 5% delle unità locali oggetto di intervento ispettivo dello spisal aziendale			✓	
C.3	implementazione piani sicurezza alimentare			✓	
C.4	integrazione ospedale – territorio	✓	✓		
C.5	aderenza alle disposizioni operative per l'attività di pronto soccorso (d.g.r.v. n. 1513/2014)	✓			
C.6	rispetto degli standard minimi per volumi ed esiti secondo il DM n.70/2015	✓			
C.7	qualità assistenza ospedaliera: area chirurgica	✓			
C.8	qualità assistenza ospedaliera: area materno-infantile	✓			
C.9	qualità assistenza ospedaliera: area oncologica	✓			
C.10	qualità assistenza ospedaliera: area medica	✓			
C.11	conseguimento piena adempienza con riferimento al questionario LEA	✓	✓	✓	✓
C.12	indicatori di appropriatezza prescrittiva	✓	✓	✓	
C.13	sperimentazione clinica e aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	✓	✓	✓	
obiettivi aziendali					
	riduzione della mobilità passiva extraregionale	✓	✓		
	implementazione del piano della prevenzione aziendale	✓	✓	✓	
	mantenimento del sistema di gestione qualità:	✓	✓	✓	✓
	- superamento della visita di verifica per la conferma della certificazione ISO 9001	✓	✓	✓	✓
	- ricertificazione ISO 13485 della centrale di sterilizzazione	✓			✓
	- risoluzione delle raccomandazioni derivate dal percorso di accreditamento	✓	✓	✓	✓

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
	all'eccellenza ACI				
	mantenimento e sviluppo del sistema di monitoraggio del rischio clinico:	✓	✓	✓	✓
	- adeguamento alle normative nazionali e regionali in merito alla check-list di sala operatoria	✓			✓
	- implementazione della riconciliazione terapeutica come da indicazioni regionali e accreditamento all'eccellenza	✓	✓		✓
	- sostegno al sistema di gestione sicurezza paziente aziendale mediante l'implementazione di azioni correttive per il contenimento del rischio, l'organizzazione di incontri dipartimentali, la partecipazione alla formazione aziendale sulla sicurezza paziente	✓	✓	✓	✓
	consolidamento del modello di offerta di cure palliative		✓		
	attuazione delle azioni previste dal piano di zona		✓		
	miglioramento dei servizi offerti ai cittadini tramite sito aziendale				✓
	organizzazione dell'attività di ricovero in forma dipartimentale:	✓			
	- attivazione degenza polispecialistica di area medica in entrambi le sedi ospedaliere di Vittorio Veneto e Conegliano	✓			
	- miglioramento organizzativo all'interno dell'area omogenea del polo chirurgico di Conegliano	✓			
	- miglioramento organizzativo del day/week surgery multispecialistico di Vittorio Veneto	✓			
	sviluppo della rete assistenziale perinatale per gravidanze ad alto rischio	✓			
	integrazione ospedale-territorio: implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per BPCO e diabete di tipo 2 come da modello regionale	✓	✓	✓	✓

#### D) Equilibrio economico:

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
D.1	rispetto della programmazione regionale sui costi del personale	✓	✓	✓	✓
D.2	equilibrio economico-finanziario	✓	✓	✓	✓
D.3	rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	✓	✓		✓
D.4	rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati				✓

#### E) Liste d'attesa:

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedale	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi generali
E.1	piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della d.g.r.v. n. 320 del 12 marzo 2013	✓	✓		✓
E.2	ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante	✓	✓		
E.3	appropriatezza nell'accesso alle prestazioni specialistiche	✓	✓		

F) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel nuovo sistema informativo sanitario

obiettivi d.g.r.v. n. 2072/2015		ospedate	distretto socio sanitario	dipartimento di prevenzione	servizi amministrativi
F.1	completezza e tempestività del flusso SDO	✓			
F.2	firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	✓	✓		✓
F.3	completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	✓	✓		✓
F.4	qualità dei flussi informativi relativi ai beni sanitari				✓
F.5	adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da dgr regionali		✓		✓

## 1.2. assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali tramite il processo di budget

La direzione strategica, supportata dall'u.o.s. controllo di gestione, e avvalendosi dell'ausilio dei direttori di struttura, ha formulato le proposte di schede di budget, declinando le direttive aziendali per centro di responsabilità. Al fine di individuare le componenti aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi regionali, si è proceduto ad analizzare nel dettaglio gli indicatori di performance con i direttori di area e i direttori di struttura sulla base di quanto contenuto nella "Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli Adempimenti, DGRV 2072/2015 – Obiettivi DG 2016", che esplicita modalità e criteri di valutazione.

L'unità controllo di gestione ha predisposto le schede di budget dei centri di responsabilità (unità operative complesse e unità operative semplici dipartimentali) con i dati/indicatori di attività e di costo e con i progetti aziendali.

La scheda di budget attualmente in vigore presso l'Azienda ULSS n. 7 rappresenta la correlazione tra obiettivi e risorse attraverso l'articolazione in due distinte parti, come di seguito specificato:

Parte A: "Obiettivi di budget e sistemi di controllo e di incentivazione", contiene gli obiettivi assegnati al centro di responsabilità per l'anno di riferimento ed è suddivisa, per tutti i centri di responsabilità, nei tre seguenti blocchi:

- attività istituzionale che rappresenta una sintesi dell'attività core del centro di responsabilità.
- dimensione economico-finanziaria che rappresenta l'attenzione costante dell'Azienda al recupero di efficienze ed al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.
- attività progettuale che è il luogo per l'attribuzione di progetti innovativi rispetto all'attività istituzionale.

Parte B: "Riepilogo risorse", contiene il dettaglio delle risorse a disposizione del centro di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Essa è articolata nelle seguenti parti:

B.1 Dettaglio risorse umane personale dipendente

B.2 Dettaglio risorse umane personale non dipendente

B.3 Dettaglio risorse materiali e service.

Le proposte di budget sono state trasmesse ai responsabili di centro di responsabilità, e, per opportuna conoscenza, ai direttori di dipartimento strutturale di afferenza e ai capi struttura.

E' stato quindi completato il processo di budgeting con la negoziazione delle schede di budget. Sono stati organizzati incontri dedicati di approfondimento, con la Direzione Aziendale, sul budget a livello di dipartimento strutturale, in cui il responsabile di centro di responsabilità è stato invitato a partecipare con facoltà di farsi affiancare da un dirigente collaboratore e da un rappresentante del comparto. Nel corso degli incontri sono state analizzate le eventuali richieste di modifiche alle proposte di budget e sono stati forniti i necessari chiarimenti.

Successivamente alla conclusione degli incontri di negoziazione, l'unità controllo di gestione ha modificato le proposte di budget sulla base delle variazioni approvate dalla Direzione Strategica e predisposto il budget definitivo.

Prima di procedere alla formalizzazione definitiva delle schede di budget con atto deliberativo, la parte A delle schede, contenente gli obiettivi assegnati a ciascun centro di responsabilità, è stata pubblicata, in data 31 maggio 2016, su ReportMed, sistema di reportistica aziendale, accessibile da parte di ciascun responsabile, con proprie credenziali personali. Eventuali ulteriori osservazioni sulla scheda inviate per il tramite del controllo di gestione alla direzione strategica sono state singolarmente analizzate. L'Azienda con deliberazione del commissario n. 685 del 8 giugno 2016 ha approvato "il programma annuale e il budget economico delle strutture operative aziendali e dei relativi centri di responsabilità, per l'anno 2016".

Il budget definitivo viene divulgato dal responsabile del centro di responsabilità a tutti i collaboratori, sia della dirigenza che del comparto, tramite incontro dedicato nel quale devono essere illustrati tutti gli obiettivi assegnati. La comunicazione a tutti i collaboratori degli obiettivi aziendali cui il centro di responsabilità è chiamato a partecipare, unitamente alla condivisione delle strategie da attuare, risultano fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi stessi.

Lo sviluppo temporale del percorso di budget è definito annualmente di concerto tra la Direzione Strategica ed il responsabile dell'unità controllo di gestione.



### **1.3. monitoraggio degli obiettivi**

Al fine di monitorare lo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati, l'azienda ha posto in essere un sistema di reportistica aziendale (ReportMed) per la parte di dati gestiti a sistema nel datawarehouse aziendale. Per gli "obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione Veneto con DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015, alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2016" sono stati effettuati dei monitoraggi specifici con produzione di apposita reportistica. Nei mesi di ottobre e novembre 2016, sulla base dei dati disponibili a livello aziendale e regionale, la direzione strategica, con il supporto dell'u.o.s controllo di gestione, ha organizzato degli incontri con i direttori di struttura, di dipartimento e i responsabili dei centri di responsabilità, finalizzati al monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi di budget.

Nei primi mesi del 2017 la Regione ha rendicontato un preconsuntivo del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi riferiti all'anno 2016.

### **1.4. rinegoziazione**

Nell'eventualità di accadimenti intercorsi durante l'anno, non previsti in sede di definizione di budget e rilevanti ai fini del raggiungimento degli obiettivi, qualora essi siano dovuti a cause esterne e non governabili dai centri di responsabilità, è fatta salva la possibilità di richiedere una revisione del budget.

Le richieste di revisione del budget sono state valutate dalla Direzione Strategica, che ha espresso la propria valutazione di accettazione, rifiuto o rinvio alla fase di consuntivazione del budget, e condivise in uno specifico incontro del 30 dicembre 2016 con l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'azienda Ulss n. 7 di Pieve di Soligo.

### **1.5. valutazione del raggiungimento degli obiettivi**

Per quanto riguarda gli "obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione Veneto con DGR n. 2072 del 30 dicembre 2015, alle Aziende Ulss del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016 si riporta, nella tabella allegata una sintesi della valutazione dello stato di raggiungimento di ogni obiettivo sulla base dei dati disponibili a livello aziendale, considerato che non è ancora disponibile la valutazione definitiva da parte della Regione.

Le valutazioni finali sono state effettuate dai responsabili di struttura sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali nonché della documentazione fornita dai responsabili delle singole unità operative.

## 1.6. risultati di performance organizzativa

Di seguito si presenta la tabella con i punteggi raggiunti dai centri di responsabilità:

Descrizione centro di responsabilità		Budget	Consuntivo
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>			
R036	direzione dipartimento di prevenzione	100	92
R037	servizio igiene e sanità pubblica	100	91
R038	servizio medicina legale	100	94
R039	servizio igiene alimenti e nutrizione	100	94
R040	servizio prevenzione, igiene e sicurezza ambienti di lavoro	100	88
R041	servizio sanità animale	100	95
R042	servizio igiene alimenti di origine animale	100	97
R120	servizio promozione della salute e tutela nelle attività sportive	100	94
R121	servizio igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche	100	95
<b>DISTRETTI SOCIO SANITARI</b>			
R003	programmazione sociale	100	96
R019	disabilità adulta e servizio inserimento lavorativo	100	100
R023	servizio per le dipendenze	100	100
R068	servizio psichiatrico diagnosi e cura	100	93
R124	direzione distretto socio-sanitario	100	98
R125	cure primarie	100	92
R126	salute mentale	100	98
R132	infanzia adolescenza famiglia	100	95
<b>SERVIZI GENERALI</b>			
R002	uffici direzione sanitaria	100	96
R007	sistemi informativi	100	100
R013	risorse umane	100	100
R014	provveditorato, economato e logistica	100	100
R015	tecnico	100	98
R128	contabilità, bilancio e controllo di gestione	100	98
R129	pianificazione, qualità, etica e formazione	100	99
R130	attività amministrative per l'assistenza specialistica e di base	100	97
R131	affari generali	100	100

Descrizione centro di responsabilità		Budget	Consuntivo
<b>OSPEDALE</b>			
R043	direzione medica - cn	100	89
R045	anatomia ed istologia patologica	100	100
R046	anestesia e rianimazione - cn	100	100
R047	cardiologia	100	96
R048	centro antidiabetico	100	99
R050	chirurgia generale - cn	100	91
R054	geriatria	100	96
R056	medicina generale - cn	100	94
R057	lungodegenza	100	93
R058	medicina nucleare	100	94
R059	nefrologia	100	100
R060	neurologia	100	97
R062	oculistica	100	98
R064	ortopedia e traumatologia - cn	100	91
R065	ostetricia e ginecologia - cn	100	93
R066	pediatria	100	94
R067	accettazione e pronto soccorso - cn	100	92
R069	radiologia - cn	100	98
R071	urologia	100	91
R072	direzione medica - vv	100	89
R074	anestesia e rianimazione - vv	100	100
R077	chirurgia generale - vv	100	95
R082	medicina generale - vv	100	96
R085	otorinolaringoiatria	100	93
R086	ortopedia e traumatologia - vv	100	91
R087	ostetricia e ginecologia - vv	100	96
R089	pneumologia	100	89
R090	accettazione e pronto soccorso - vv	100	92
R091	radiologia - vv	100	93
R094	oncologia	100	100
R095	direzione medica ospedale	100	90
R097	gastroenterologia	100	99
R115	gestione attività ambulatoriali dipartimento inter-nistico	100	99
R118	aree omogenee degenza chirurgica - cn	100	90
R119	breast unit	100	93
R122	recupero e rieducazione funzionale	100	98
R123	servizio farmaceutico aziendale	100	97
R127	laboratorio analisi	100	100

Per il centro di responsabilità R049 Medicina Trasfusionale è stata recepita la valutazione a consuntivo (peso raggiunto 100%) della scheda di budget anno 2016 del dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale di Treviso, contenuta nella deliberazione n. 1540 del 16 agosto 2017 dell'ex azienda ULSS n. 9 di Treviso.

Si precisa infine che per i centri di responsabilità del presidio ospedaliero De Gironcoli (R105 anestesia e rianimazione – dg, R108 medicina generale - dg, R110 radiologia - dg), la cui attività è cessata nel corso dell'anno 2016, in fase di negoziazione, su indicazione della direzione, sono stati assegnati gli stessi obiettivi/indicatori definiti nelle schede di budget dei corrispondenti centri di responsabilità del presidio ospedaliero di Conegliano, prevedendo una valutazione unica.

Alla luce di quanto sopra i punteggi assegnati sono:

Descrizione centro di responsabilità		Budget	Consuntivo
<b>OSPEDALE</b>			
R105	anestesia e rianimazione - dg	100	100
R108	medicina generale - dg	100	94
R110	radiologia - dg	100	98

## 2. La valutazione individuale

Nel rispetto del dettato normativo e contrattuale l'azienda ha individuato un sistema di valutazione del personale dipendente, basato su schede di valutazione individuale il cui contenuto è stato definito nell'anno 2011 in sede di contrattazione integrativa per l'area della dirigenza e del comparto (rif. Accordi contrattuali dirigenza medica e veterinaria del 14/04/2011, dirigenza sanitaria del 6/12/2011, dirigenza professionale, tecnica e amministrativa del 19/12/2011, comparto del 8/11/2011), e rivisto nel 2016 solo per l'area del comparto (rif. Accordi contrattuali comparto del 28/09/2016 e comparto/dirigenza 20/12/2016) come descritto negli accordi sindacali disponibili nel sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente/Personale/Contrattazione Integrativa.

### 2.1 fasi del processo di valutazione individuale

Il processo di valutazione riguarda tutti i dipendenti della ex-ULSS 7 a tempo determinato e indeterminato dell'area della dirigenza e del comparto per il periodo di presenza in servizio.

Ciascun dipendente viene valutato dal Dirigente Responsabile del Centro di responsabilità in cui è collocato al momento dell'invio della scheda.

Ad ogni responsabile vengono inviate via mail da parte della UOC Risorse Umane le schede da compilare dei suoi dipendenti con le informazioni specifiche di anagrafica, qualifica, presenza, orario in servizio.

Il responsabile entro 20 giorni deve compilare la scheda di valutazione, che a seguito della firma anche del dipendente, e del vaglio da parte del capo struttura/dipartimento, viene raccolta dalla UOC Risorse Umane per la elaborazione degli importi spettanti del risultato/produttività.

## 2.2 criteri di valutazione

Scheda di valutazione individuale dell'area della dirigenza approvata con accordo sindacale del 14/04/2011 (dirigenza medico-veterinaria), del 06/12/2011 (dirigenza sanitaria), del 06/12/2011 (dirigenza professionale, tecnica e amministrativa)

competenze professionali e dirigenziali dimostrate nello svolgimento della propria attività	Competenze sviluppate	Competenze adeguate, ma migliorabili	Competenze non adeguate	Nessuna competenza
	2	1	0,5	0
qualità del contributo assicurato nello svolgimento dell'attività ordinaria assegnata in rapporto all'incarico ricoperto, tenendo in particolar conto la capacità dimostrata nel lavorare in equipe e il comportamento tenuto con sovraordinati, subordinati, pari grado e utenti	Contributo propositivo	Contributo adeguato	Contributo parzialmente assicurato	Nessun contributo
	2	1	0,5	0
apporto reso al fine del raggiungimento dell'obiettivo/degli obiettivi di budget assegnato/i nell'anno	Apporto decisivo e costante	Apporto adeguato	Apporto non congruo	Nessun apporto
	6	4	2	0
<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>	<b>10</b>			

**Scheda di valutazione individuale dell'area del comparto approvata con accordo sindacale del 28/09/2016**

<b>CRITERI DI VALUTAZIONE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>APPORTO PERSONALE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI</b> di budget dell'u.o. di appartenenza, condivisi con il valutato, con specifico riferimento alle competenze proprie della qualifica del dipendente	punti 0-20
Grado di <b>RISPETTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO</b> durante lo svolgimento dell'attività lavorativa	punti 0-15
<b>ASSENZA DI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI</b> avviati nell'ultimo anno	punti 0-20
<b>ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI FORMATIVI</b> e di aggiornamento obbligatorio/istituzionale e/o orientamento all'approfondimento (per il personale sanitario: riferibile al triennio certificabile)	punti 0-10
<b>ARRICCHIMENTO PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE</b> anche con riferimento alle attività di formazione ed aggiornamento (con esclusione degli eventi con crediti ECM relativi all'assolvimento degli obblighi formativi): - eventi fino a 50 ore ..... max p.ti 2 - eventi da 50 a 100 ore ..... max p.ti 5 - eventi da 100 a 150 ore ..... max p.ti 7 - eventi oltre 150 ore ..... max p.ti 10 - diplomi di laurea/master/specializzazione ..... max p.ti 5	punti 0-15
<b>GRADO DI COINVOLGIMENTO NEI PROCESSI AZIENDALI E PARTECIPAZIONE ATTIVA:</b> <u>Area sanitaria ed oss:</u> partecipazione alle riunioni programmate di u.o./servizio ufficialmente convocate e con foglio firma (escluse le assenze giustificate) <u>Area amministrativa e tecnica:</u> propensione al lavoro di gruppo e partecipazione allo stesso	punti 0-20
<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>	<b>100</b>

### 2.3 risultati di performance individuale

L'ex ULSS 7, ora distretto di Pieve di Soligo dell'ULSS 2 Marca Trevigiana, nel rispetto del dettato normativo e contrattuale, seguendo le indicazioni date dall'Organismo Individuale di Valutazione e confrontandosi più volte con le OO.SS. ai vari tavoli di contrattazione, ha individuato un sistema di valutazione individuale del personale dipendente, dirigente e non, basato su delle schede di valutazione approvate dalle organizzazioni sindacali.

Il processo di valutazione annuale ai fini della performance di tutto il personale in servizio presso l'Azienda, sia con rapporto di lavoro a tempo determinato che indeterminato concorre alla determinazione dello spettante relativo alla distribuzione del "Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali" relativo all'area del comparto e del "Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale" relativo all'area della dirigenza.

I criteri per la determinazione dello spettante sono definiti dagli accordi sindacali, e sono la valutazione della singola Unità operativa attraverso le schede di budget, la valutazione individuale attraverso le schede di valutazione, la presenza in servizio, la qualifica o l'incarico per l'area della dirigenza.

#### Risorse disponibili per area contrattuale

Vengono di seguito evidenziate le risorse economiche destinate nel 2016 alla retribuzione di risultato per l'area della dirigenza e della produttività per l'area del comparto.

#### Fondi risultato anno 2016 per la dirigenza medica e veterinaria

Costituzione del fondo risultato provvisorio approvato con deliberazione con n. 1542 del 21/12/2016 per l'anno 2016

	Dirigenza medica	Dirigenza veterinaria
Importo provvisorio fondo risultato	559.848,12	90.249,74

#### Fondi risultato anno 2016 per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa e sociale (SPTA)

Costituzione del fondo risultato provvisorio approvato con deliberazione con n. 1543 del 21/12/2016 per l'anno 2016

	Dirigenza pta	Dirigenza sanitaria	Dirigenza sociale
Importo provvisorio fondo risultato	53.257,96	266.502,32	2.051,45

## Fondi produttività anno 2016 per l'Area del comparto

Costituzione del fondo produttività provvisorio approvato con deliberazione con n. 1541 del 21/12/2016 per l'anno 2016

	Comparto
Importo provvisorio fondo produttività	2.871.183,71

## Esito delle valutazioni individuali

Il processo di valutazione ha interessato 2.357 dipendenti di cui 38 dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa, 338 dirigenti con incarichi di altre tipologie e 1.981 dipendenti appartenenti all'area contrattuale del comparto.

Al fine di rappresentare un quadro complessivo di tale operazione, si riportano le seguenti tabelle riepilogative che descrivono, suddivise per area contrattuale e per struttura dell'azienda, la quantità di personale interessato, la valutazione media, minima e massima (Tabella 1.1, Grafici 1.1- 1.3)

**Tab. 1.1 – Numero di valutazioni effettuate e punteggi assegnati (media, minimo e massimo) per area contrattuale, struttura e qualifica.**

Struttura operativa	Area contrattuale	Numero valutazioni	Minimo	Massimo	Media punti
<b>Comparto</b>					
Dipartimento di prevenzione	Comparto	78	42	98	87
Direzione dei servizi socio-sanitari	Comparto	2	90	90	90
Direzione sanitaria	Comparto	42	76	93	86
Direzione strategica	Comparto	12	86	98	91
Distretto socio-sanitario	Comparto	284	81	99	88
Ospedale	Comparto	1.357	68	100	88
Servizi professionali tecnico-amministrativi	Comparto	202	67	99	87

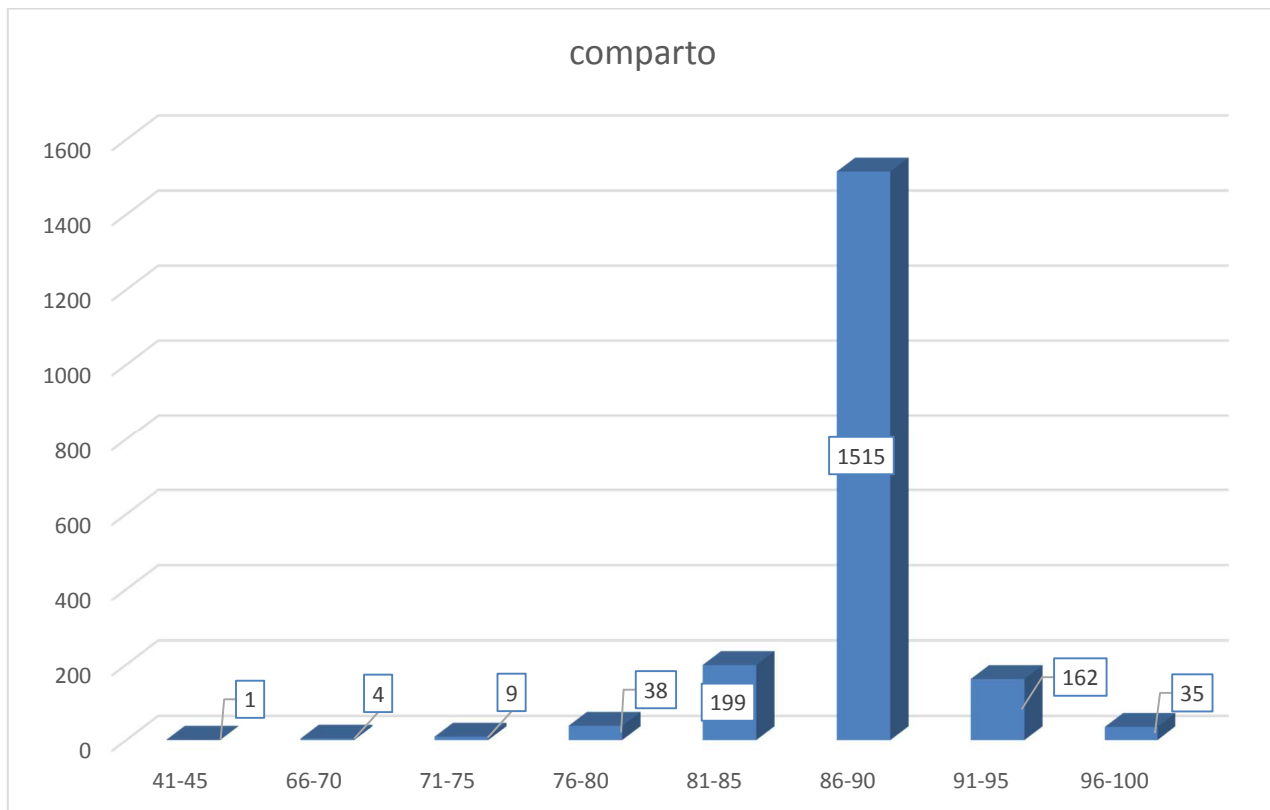


Struttura operativa	Area contrattuale	Numero valutazioni	Minimo	Massimo	Media punti
---------------------	-------------------	--------------------	--------	---------	-------------

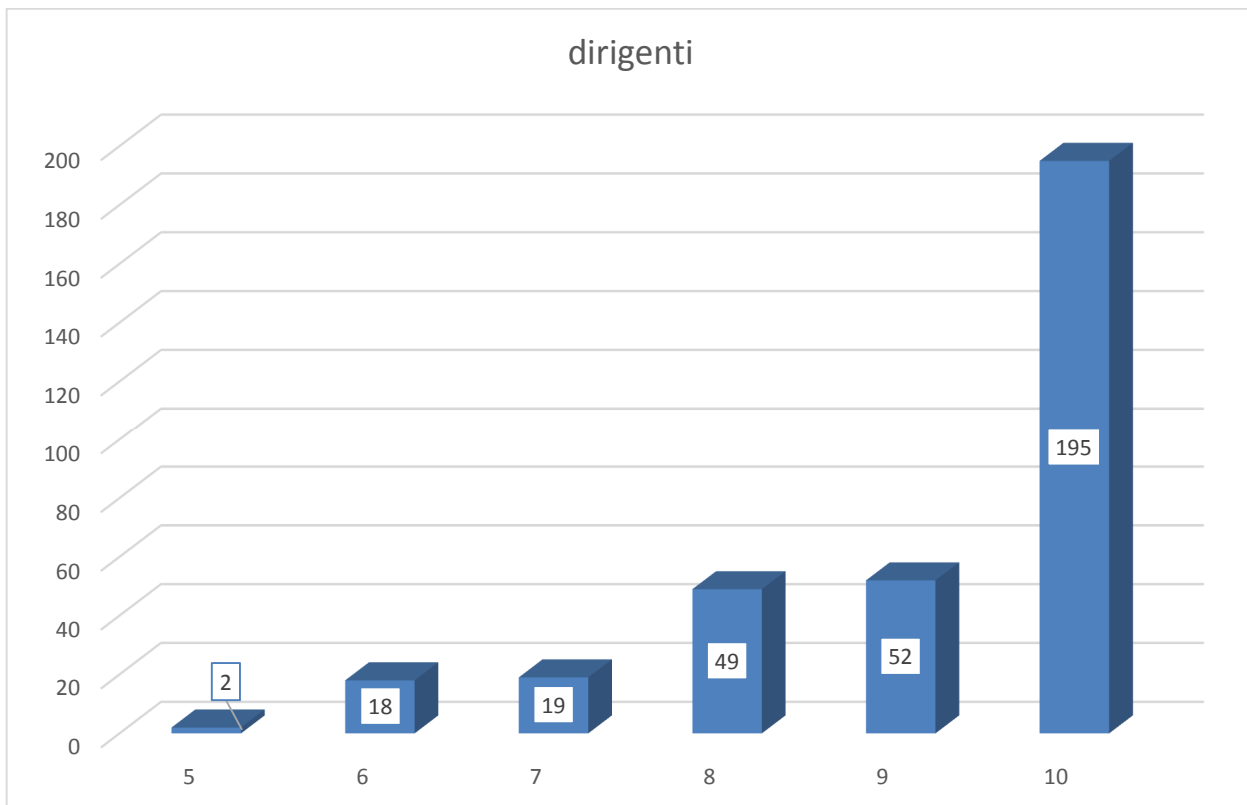
<b>Dirigenti</b>					
Dipartimento di prevenzione	Altra Dirigenza	21	8	10	9
	Dirigenza Sanitaria Medica	11	5,5	10	8
Direzione sanitaria	Altra Dirigenza	8	5	10	7
	Dirigenza Sanitaria Medica	1	10	10	10
Direzione strategica	Dirigenza Sanitaria Medica	2	10	10	10
Distretto socio-sanitario	Altra Dirigenza	20	7	10	9
	Dirigenza Sanitaria Medica	31	6	10	8
Ospedale	Altra Dirigenza	6	8	10	9
	Dirigenza Sanitaria Medica	234	0	10	9
Servizi professionali tecnico-amministrativi	Altra Dirigenza	2	9	10	9

<b>Direttori</b>					
Dipartimento di prevenzione	Altra Dirigenza	3	10	10	10
	Dirigenza Sanitaria Medica	6	10	10	10
Direzione dei servizi socio-sanitari	Altra Dirigenza	1	10	10	10
Direzione sanitaria	Altra Dirigenza	2	8	10	9
Direzione strategica	Altra Dirigenza	2	10	10	10
Distretto socio-sanitario	Altra Dirigenza	4	10	10	10
	Dirigenza Sanitaria Medica	6	6	10	8
Ospedale	Dirigenza Sanitaria Medica	49	8	10	9
Servizi professionali tecnico-amministrativi	Altra Dirigenza	15	9	10	9

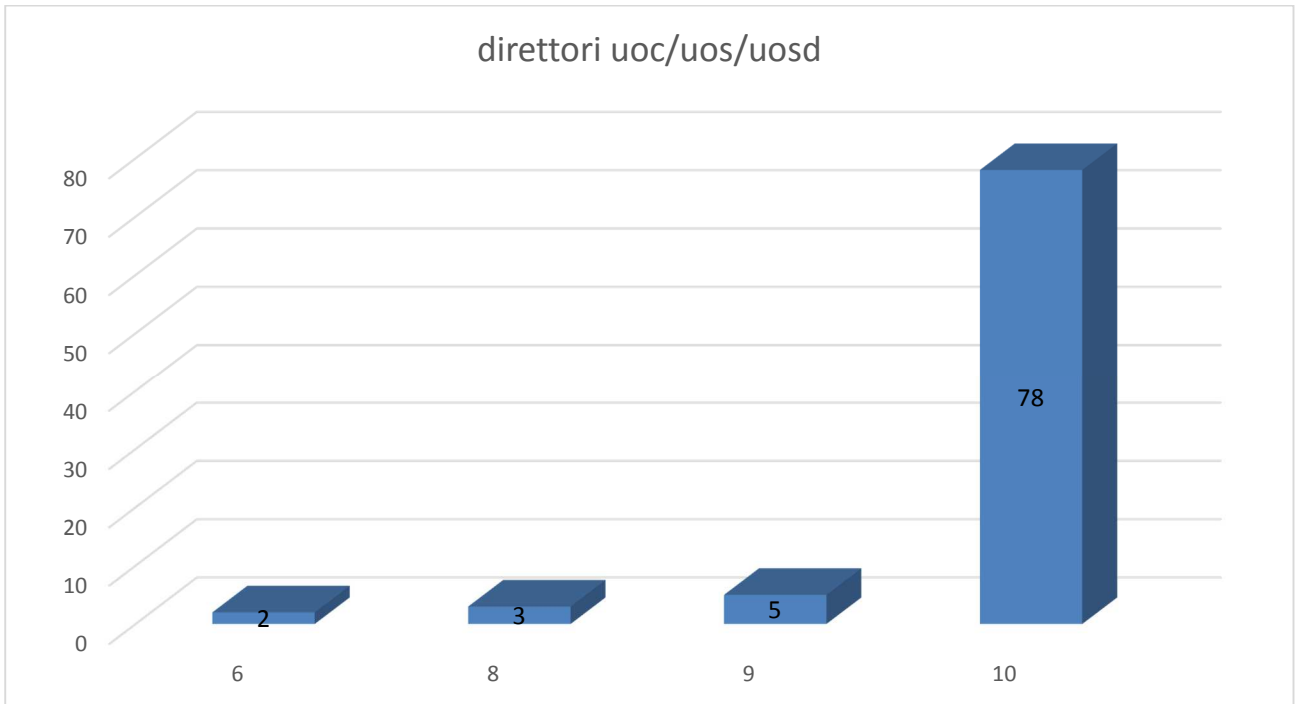
**Grafico. 1.1 – distribuzione numero di valutazioni effettuate e punteggi assegnati per il comparto.**



**Grafico. 1.2 – distribuzione numero di valutazioni effettuate e punteggi assegnati per la dirigenza.**



**Grafico. 1.1 – distribuzione numero di valutazioni effettuate e punteggi assegnati per direttori UOC/UOSD/UOS.**



### 3. Risorse, efficienza ed economicità

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 41, comma 1 del D.L. 66/2014 "Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale", convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, il quale stabilisce che a decorrere dall'esercizio 2014 alle relazioni ai bilanci consuntivi o di esercizio delle pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sia allegato un prospetto, sottoscritto dal legale rappresentante e dal responsabile del servizio finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini, così come previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, si attesta quanto segue:

L'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel corso dell'esercizio 2016, dopo la scadenza dei termini così come previsti dal D. Lgs 231/2002, risulta pari ad € 27.429.223,08 su un totale di pagamenti effettuati nel corso del 2016 pari ad € 132.772.035,97 (al netto delle note di credito).

La tabella riportata di seguito rappresenta la suddivisione dei pagamenti effettuati dopo la scadenza suddivisi in intervalli temporali:

pagati entro 30 gg dalla scadenza	16.703.580,13	60,90%
pagati entro 60 gg dalla scadenza	6.567.236,60	23,94%
pagati entro 90 gg dalla scadenza	2.506.193,45	9,14%
pagati entro 120 gg dalla scadenza	1.195.137,83	4,36%
pagati oltre 120 gg dalla scadenza	457.075,07	1,67%
<b>Totale pagamenti dopo scadenza</b>	<b>27.429.223,08</b>	<b>100,00%</b>

L'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2016 è pari a -20,02 ed indica il numero di giorni medi di ritardo (nel caso specifico di anticipo, in quanto assume valore negativo) con cui sono stati effettuati i pagamenti rispetto alla scadenza. Tale indicatore è stato calcolato come rapporto tra la somma degli importi netti pagati nel corso del 2016 a fronte di un documento ricevuto a titolo corrispettivo di una transazione commerciale (moltiplicati per i giorni effettivi trascorsi tra la data di scadenza e la data di emissione del mandato di pagamento), e la somma complessiva degli importi pagati nel corso del 2016.

Nel corso del 2016 si rileva un sostanziale mantenimento dell'indicatore di tempestività dei pagamenti, che passa infatti dal -20,54 del primo trimestre al -25,01 del quarto trimestre, a testimonianza dell'organizzazione delle risorse e dei processi inerenti il ciclo passivo permette di conservare un buon livello di efficienza, si precisa inoltre che il dato non tiene conto delle sospensione dei tempi di pagamento derivanti da eventuali contestazioni dei documenti.

#### 4. Rappresentazione del processo di gestione della performance:



codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
A.1.1	Sviluppo del modello di Centrale Operativa	SI	0,50	SI	V	<p>Il personale ha partecipato a tutte le attività Regionali e assolto tutti i debiti informativi. il software della COT è integrato con gli applicativi aziendali ed è in corso l'integrazione con il gestionale delle presenze in casa di riposo.</p> <p>In corso l'attivazione della informatizzazione della 'dimissione protetta' (sperimentazione in 5 UO di CN e VV).</p> <p>E' stato inviato entro il termine (11/11/2016) a riscontro della nota reg.le 407742 del 20/10/2016 (int 33130) il monitoraggio dei processi attivati e dei soggetti attivatori.</p> <p>L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p>
A.1.2	Programmazione dello sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate e attivazione delle stesse secondo la DGR n. 751	SI	0,25	SI	V	<p>La Medicina di Gruppo Integrata De Gironcoli è stata autorizzata dal tavolo regionale CRITE ed è attiva dal 01/06/2016. Con nota reg.le 427163 del 03/11/2016 (int 34996) è pervenuto il parere favorevole del CRITE per la realizzazione della Medicina di Gruppo Integrata del Quartier del Piave.</p> <p>Sono state inviate entro i termini (16/08/2016) le schede di monitoraggio dei costi, proiezione e stima MGI richieste con nota reg.le del 19/07/2016 (int. 23241) con scadenza 19/08/2016.</p> <p>Con deliberazione del Commissario dell'ex Azienda Ulss 7 n. 1552 del 21/12/2016 è stata disposta l'approvazione ai fini della sottoscrizione, del contratto di esercizio relativo alla "Medicina di Gruppo Integrata - Quartier del Piave" .</p> <p>L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p>
A.1.3	Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie	SI	0,25	SI	V	<p>Tutte le richieste informative della Regione sono state assolve nei modi e nei tempi previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* è stato inviato in Regione l'11 agosto 2016 (entro il termine previsto) il monitoraggio delle forme associative;</li> <li>* è stata effettuata la verifica dell'implementazione con caricamento tipo di collaborazione dei collaboratori di studio e del personale infermieristico come da richiesta regionale pervenuta con nota del 09/03/2016 (int 8508);</li> <li>* è stata inviata in data 20/10/2016 l'implementazione dei dati attività di prelievo richiesta con nota reg.le del 17/10/2016 (int 32717) con scad. 21/10/2016</li> <li>* in relazione ai punti 1) 2) 3) previsti dal vademecum a seguito di specifica richiesta in merito alla valutazione dell'obiettivo relativamente alle griglie informative non pervenute, l'unità organizzativa regionale cure primarie e Lea con nota mail del 4/01/2017 ha riscontrato come segue "in riferimento all'obiettivo A.1.3, si comunica che al momento non è stata fatta alcuna richiesta di compilazione delle griglie informative (relative ai punti 1, 2,3) e che quindi le stesse non sono per ora da implementare per il raggiungimento dell'obiettivo stesso".</li> </ul> <p>L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p>

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
A.2.1	Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta.	SI	0,50	SI	V	L'Azienda sta predisponendo una convenzione circa l'utilizzo di 10 posti letto nell'URT di Valdobbiadene. Per la restante progettualità l'Azienda sta rivedendo la programmazione per le strutture di ricovero intermedie nel territorio del distretto di Pieve di Soligo. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.
A.2.2	Contestualizzazione Aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla	SI	0,50	SI	V	Con deliberazione n.1499 del 21/12/2016 sono stati adottati i percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali "PDTA paziente con sclerosi multipla" e "Rete aziendale per l'assistenza ai malati affetti da sclerosi laterale amiotrofica". E' stato attivato il monitoraggio degli indicatori previsti nell'allegato "A" della d.g.r.v. n. 758/2015 dal n. 1 al n. 7 utilizzando ACG come da documentazione inviata con mail del 19/12/2016. La documentazione è stata inviata in Regione in data 29/12/2016 con nota prot. 41942. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.
A.3.1	Mantenimento o riduzione del tasso di ospedalizzazione aziendale al 135‰	≤ 135‰	0,50	123,74‰	V	fonte del dato: report DWH obiettivi regionali pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.
A.3.2	Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013	SI	0,50	SI	V	Il monitoraggio degli indicatori del PDTA Mammella, è stato presentato alla Rete Oncologica Veneta (ROV) il giorno 09/11/2016. E' stato predisposto, in modalità di prova, anche per le ex ulss 8 di Asolo e ex Ulss 9 di Treviso. Nel 2016 si è inoltre provveduto alla revisione del PDTA mammella in ottemperanza ai documenti regionali quali PDTA CA mammella (a cura della ROV), DGRV 760/2015 e decreto n. 47/2016. Il nuovo documento è stato inviato ai prescrittori con nota prot. n. 34678 del 23/02/2017 e presentato ai coordinatori delle AFT del distretto Pieve di Soligo nel corso di un incontro dedicato (2 marzo 2017). Il PDTA per il tumore alla prostata (deliberazione del Direttore Generale ex Azienda Ulss n. 7 n. 1348/2015) è stato implementato a partire dal febbraio 2016 ed ha visto la presa in carico di 233 pazienti. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.
A.3.3	Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto della DGR 1173/2014	SI				non di competenza ulss 7

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
B.1.1	Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione", nei contratti sopra soglia comunitari	SI	1,00	SI	V	<ul style="list-style-type: none"> <li>"principi attivi" con prezzo di riferimento regionale: nell'anno 2016 non è stato stipulato alcun contratto sopra soglia comunitaria a seguito di gara aziendale;</li> <li>"dispositivi medici": in data 21/12/2016 è stata aggiudicata la gara aziendale per la fornitura, suddivisa in quattro lotti, di kit sterili per medicazione. I prezzi di aggiudicazione risultano in linea con quelli dell'OPRVE (se presenti);</li> <li>"servizio di lavanolo": sono stati rinegoziati i prezzi del contratto esistente; con decorrenza 01/07/2016 sono stati ricondotti all'interno di quanto previsto dalla Regione;</li> <li>"servizio di pulizie": sono stati ricondotti all'interno dei prezzi di riferimento regionale a seguito di rinegoziazione con la 4<sup>a</sup> spending review.</li> </ul> <p>L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.</p>
B.2.1	Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	SI	1,00	SI	V	<p>L'azienda ha risposto adeguatamente e completamente, nei tempi e nei contenuti, alle varie richieste regionali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* è stato effettuato il ricaricamento del flusso dati 2014 in data 11/03/2016 entro il termine previsto da nota reg.le 79085 (int 7080) del 29/02/2016 (scadenza 11/03/2016);</li> <li>* è stato effettuato il caricamento ricoveri e specialistica con dati 2015 in data 11/04/2016 (termine previsto 11/04/2016);</li> <li>* è stata inviata la nuova anagrafica entro il termine previsto con nota mail reg.le del 28/10/2016 (int 35596);</li> <li>* con mail reg.le del 05/12/2016 e nota prot 473879 (int 39164) è stata comunicata la riapertura del portale Indica e definita la nuova scadenza al 09/12/2016. I caricamenti sono stati completati in data 10/12/2016 per problemi tecnici.</li> </ul> <p>L'obiettivo è considerato pienamente raggiunto.</p>
B.3.1	Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes	Termini fissati dalla procedura interna o esterna	0,50	SI	V	<p>Rispettati i termini fissati dalla procedura interna o esterna. Con nota prot. 41851 del 29/12/2016 invio monitoraggio in Regione: regolarmente effettuato inserimento delle schede informatiche rilevabili dal programma di gestione dei sinistri (sw GSRC) con documentazione di riferimento inserita a sistema per ogni singolo sinistro. Conclusa compilazione schede A e B relative a eventi sentinella SIMES (rif. nota reg.le 486244 del 13/12/2016 prot. int 40188).</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>
B.3.2	Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager - a seguito di sinistro/evento - per il monitoraggio della loro efficacia	SI	0,25	SI	V	<p>E' stato inviato in Regione il monitoraggio con nota prot. 41851 del 29/12/2016: indicatore A) trasmissione 10 verbali NIAVS ; B) e C) invio relazione del risk manager con le disposizioni di implementazione delle misure correttive proposte a seguito di sinistro/evento. Il Direttore del Servizio affari generali e legali segnala che la documentazione rispetta gli adempimenti previsti e quindi l'obiettivo è raggiunto.</p>



codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
B.3.3	Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)	SI	0,25	SI	V	Inviati entro i termini previsti i questionari semestrali: * 1° semestre con nota prot. 21026 del 28/06/2016. Rif. nota reg.le del 21/06/2016 prot 241085 (int 20341) scad 28/06/2016. * 2° semestre con nota prot. 41851 del 29/12/2016 invio questionario con relazione illustrativa accompagnatoria. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016)	>95%	1,00	polio 93%, difterite 93%, tetano 94%, epatite B 91%, pertosse 93%, Hib 91% (dato aziendale) 91,20% (dato regionale)	R	fonti: * dati aziendali: applicativo regionale OnVac per la gestione delle vaccinazioni elaborazioni effettuate da ufficio epidemiologico aziendale. * dato regionale: presentazione pre-consuntivo 2016 nel corso dell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti azioni di miglioramento: le assistenti sanitarie hanno contattato telefonicamente o tramite visita domiciliare i genitori dei bambini assenti alle sedute vaccinali previste, è proseguita la sensibilizzazione dei pediatri con i genitori ritardatari, sono stati effettuati degli incontri sul territorio con i genitori coordinati dall'associazione MY BRIK FOR FAMILY in collaborazione di medici e assistenti sanitarie SISP. L'obiettivo non è stato raggiunto.
C.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)	≥95%	0,25	90% (dato aziendale) 89,79 (dato regionale)	R	fonti: * dati aziendali: applicativo regionale OnVac per la gestione delle vaccinazioni elaborazioni effettuate da ufficio epidemiologico aziendale. * dato regionale: presentazione pre-consuntivo 2016 nel corso dell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti azioni di miglioramento: le assistenti sanitarie hanno contattato telefonicamente o tramite visita domiciliare i genitori dei bambini assenti alle sedute vaccinali previste, è proseguita la sensibilizzazione dei pediatri con i genitori ritardatari, sono stati effettuati degli incontri sul territorio con i genitori coordinati dall'associazione MY BRIK FOR FAMILY in collaborazione di medici e assistenti sanitarie SISP. L'obiettivo non è stato raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
C.1.3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)	≥75%	0,25	57,3%	R	<p>fonte: ufficio epidemiologico.</p> <p>Nel corso del 2016 sono state realizzate le seguenti azioni di miglioramento: applicazione di un protocollo "provinciale" che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* la distribuzione di materiale informativo presso gli MMG, i poliambulatori, i laboratori analisi e alcune unità operative ospedaliere;</li> <li>* il recupero dei soggetti non rispondenti a chiamata MMG;</li> <li>* la realizzazione nei giorni 2-3 dicembre 2016 del "Vaccination day" (accesso libero presso gli uffici di igiene);</li> <li>* l'individuazione nelle unità operative ospedaliere di un referente per la vaccinazione antinfluenzale al fine di incrementare la vaccinazione nei degenti ospedalieri e nel personale sanitario.</li> </ul> <p>L'obiettivo non è stato raggiunto.</p>
C.1.4	Adesione "corretta" per screening mammografico	≥ 80%	0,25	82,30%	V	<p>Fonti: Qlik View regionali elaborati da centrale screening aziendale e presentazione pre-consuntivo 2016 nel corso dell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>
C.1.5	Adesione "corretta" per screening citologico	≥ 60%	0,25	77,52%	V	<p>Fonti: Qlik View regionali elaborati da centrale screening aziendale e presentazione pre-consuntivo 2016 nel corso dell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>
C.1.6	Adesione "corretta" per colon-retto	≥ 65%	0,25	76,84%	V	<p>Fonti: Qlik View regionali elaborati da centrale screening aziendale e presentazione pre-consuntivo 2016 nel corso dell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017.</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>
C.1.7	Rispetto della Programmazione Regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)	SI	0,75	SI	V	<p>Dalla relazione fornita dal Servizio per la promozione della salute e tutela delle attività sportive risulta che sono stati raggiunti tutti i 4 gli indicatori come di seguito specificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) attivazione ambulatorio di dietetica preventiva per consulenze nutrizionali gestito da Dirigente Biologo specialista in Scienze dell'Alimentazione e riattivazione ambulatorio trattamento tabagismo,</li> <li>b) adesione a tutti i sistemi di sorveglianza attivi,</li> <li>c) attivi i seguenti programmi per fascia di età: bambini: piedibus, muovimondo, pause attive, progetto di sorveglianza nutrizionale "Okkio alla Salute" in 4 classi della Scuola Primaria - adulti: accordo di collaborazione con associazioni nordic walking, datti una mossa (estate 2016) - anziani: gruppi cammino</li> <li>d) partecipazione ai percorsi formativi regionali nell'ambito del piano materno infantile -</li> </ul> <p>adempimento: almeno dieci operatori formati nell'ambito del piano materno-infantile.</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>
C.2.1	Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale (Indicatore 4 Griglia LEA 2016) 0,5 punti (sottratti all'obiettivo C.1) per le Aziende con risultato 2015 critico	≥ 5%	0,00	5,37%		<p>fonte: dati Prevetnet elaborati da servizio prevenzione, igiene e sicurezza ambienti di lavoro (Spisal).</p> <p>Sono state controllate n. 568 aziende su un totale di 529 da controllare per raggiungere l'obiettivo.</p> <p>L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</p>

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
C.3.1	Controlli Sanitari Svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione di alimenti: percentuali di ispezioni e campionamenti effettuati sul totale dei programmati (indicatore 6.2 della Griglia LEA 2016)	≥ 160	0,25	138,79	R	fonte: servizio igiene alimenti e nutrizione (Sian). Il dato deriva dalla somma delle percentuali di ispezione negli esercizi di ristorazione pubblica e collettiva e di campionamento applicando $(627/1616)*100 + (166/166)*100 = 138,79$ . Le criticità in merito al raggiungimento del valore soglia indicato sono state evidenziate anche dai competenti uffici regionali con nota del 18/04/2016 prot. 151266 (int. 13174) e pur attivando le azioni suggerite che hanno consentito un miglioramento del valore, l'obiettivo non è stato raggiunto.
C.3.2	Contaminanti negli alimenti di origine vegetale: percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti (indicatore 6.3 della Griglia LEA 2016)	≥ 90% in tutte le categorie previste	0,25	100%	V	fonte del dato: servizio igiene alimenti e nutrizione (Sian). Il dato deriva dal numero di campioni effettuati e trasmessi per le analisi sul numero dei campioni programmati previsti dal PRIC (n. 28 campioni effettuati su 28 campioni programmati). L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.3.3	Controlli sull'alimentazione animale: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA (Indicatore 3, Allegato 9, Adempimento AAJ Questionario LEA 2016)	≥ 90% dei programmi di campionamento con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma	0,25	100%	V	fonte del dato: servizio veterinario sanità animale. Il numero campionamenti eseguiti è pari a 44 su totale 44. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.3.4	Percentuale di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (Indicatore 2 Adempimento AAJ Questionario LEA 2015)	≥ 99,8%	0,25	100%	V	fonte del dato: servizio igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche. Tutti i dati sono registrati nel sistema informatico. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.4.1	Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione	≥10%	0,25	15,86%	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 26/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.4.2	Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥15%	0,25	11,66%	R	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 26/05/2017. L'obiettivo, pur registrando un miglioramento rispetto al 2015 (valore 10,84%), non è stato raggiunto.
C.4.3	Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	> 1,49 per mille (dato ULSS 2015 0,9)	0,50	1,20	R	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. Note relative all'andamento dell'obiettivo: dal numero di eventi di 3° e 4° livello la Regione toglie gli identificativi con errori rossi bloccanti nel flusso. Si tratta di 33 id che vengono tolti, se considerati il valore reale dell'indicatore sarebbe prossimo al valore soglia. Nel corso dell'anno il valore dell'indicatore ha oscillato molto perchè è stato compiuto un lavoro di adeguamento dei dati del flusso al Disciplinare, nonché un recupero degli accessi degli MMG che ha generato un incremento di evento di presa in carico spesso sotto soglia. Il passaggio al nuovo applicativo a fine 2015, ha generato una serie di criticità in merito alle chiavi univoche che non sono collegabili tra 2016 e 2015 e questo determina una serie di errori bloccanti nel flusso che portano a scartare ben 33 eventi, che nella realtà, invece, presentano un carico assistenziale effettivo. L'obiettivo non è stato raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
C.5.1	Percentuale di accessi con Durata accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	< 240 mm (4:00)	0,50	218 minuti - (03:38:00)	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. Il valore del 2016 presenta un ulteriore miglioramento del dato 2015 pari a 3:50:00 che già rispettava il valore soglia. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.5.2	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)	≤ 18 minuti	0,50	00:18:00	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.6.1	Rispetto degli standard minimi di volume e di esito	SI	1,00	NO	G	L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto come da tabella di dettaglio.
C.7.1	Effettuazione di almeno 1000 interventi annui (solo Ricovero Ordinario) in ciascuna sala operatoria utilizzata 5 giorni alla settimana	≥ 1.000 interventi annuali	0,50	1.076	V	fonte del dato: ReportMed elaborazioni controllo di gestione Il valore è stato calcolato rapportando il numero totale di interventi in week surgery pari a 2.151 (n. 1.286 a Conegliano e n. 865 a Vittorio Veneto) rispetto al numero di sale operatorie dedicate (2 di cui 1 a Conegliano e 1 a Vittorio Veneto). E' stata inoltre inviata, come previsto dal vademecum regionale, la tabella con la rilevazione dei dati richiesti per le sale WS in data 29/12/2016 con nota prot. 42033. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
C.7.2	Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014: C.7.2a: % di ricoveri programmati con intervento e degenza inferiore ai 5gg effettuati in Week Surgery C.7.2b: % Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg)	C.7.2a: > 60% C.7.2b: < 5%	0,50	C.7.2a: 49,76% C.7.2b: 0,79%	G	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. I dati di monitoraggio elaborati a livello aziendale relativi al sub indicatore C.7.2a rilevano un risultato pari al 58,34%. Si segnala che vi sono state delle criticità con il programma informatico in merito alla codifica dei ricoveri da classificare con codice 3 risolte nel mese di luglio. Il valore ricalcolato sul periodo settembre - dicembre 2016 è di 63,11%. L'obiettivo pertanto pur non risultando raggiunto richiede un approfondimento sul dato regionale.
C.7.3	Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero (DGR 4277/2011 e modifiche successive): % di RO+DH eseguibili anche in ambulatoriale	Si (≤ 0%)	0,50	SI (0,00%)	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
C.7.4	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici	≤ 15%	0,50	22,45%	R	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo, pur registrando un miglioramento rispetto al 2015 il cui valore era pari a 24,11%, non risulta raggiunto.
C.8.1	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Si	1,00	SI	V	Fonte dati: portale CEDAP. Risultano soddisfatti i criteri per il raggiungimento dell'obiettivo.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
<b>C.9.2</b>	Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)	≤ 11,7 (Media Nazionale)	1,00	6,86	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro regionale svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.9.3</b>	Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al polmone (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	≤ 23,1 (Media Nazionale)	0,50	10,25	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.9.4</b>	Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al colon retto (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)	≤ 21,5 (Media Nazionale)	0,50	18,57	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.10.1</b>	% Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)	≤ 3%	1,00	3,42%	R	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo, pur registrando un miglioramento rispetto al 2015 il cui valore era pari a 5,09%, non risulta raggiunto.
<b>C.10.2</b>	Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione	≤ 20%	1,00	19,02%	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.10.3</b>	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010-12) (Codice Indicatore S.Anna C14.2)	≤ 15%	0,00	13,15%	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.11.1</b>	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA.	SI	1,00	SI	V	Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza non ha ancora pubblicato l'esito della valutazione annuale degli adempimenti; per tale ragione non si è ancora in grado di esprimere un giudizio definitivo sul raggiungimento. Sulla base delle informazioni oggi disponibili si ritiene che l'obiettivo regionale è stato raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
<b>C.12.1</b>	Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto	SI	3,00	SI (parzialmente)	G	In data 11 maggio 2017 in occasione dell'incontro svoltosi a Padova il Dott. Giorgio Costa del Coordinamento regionale unico sul farmaco ha illustrato il consuntivo che evidenzia il set di indicatori misurati (pari a 15) con i seguenti risultati: n. 6 indicatori ad obiettivo raggiunto (pari al 40%); n. 3 indicatori con miglioramento inferiore all'obiettivo (pari al 20%); n. 5 indicatori stabili o in peggioramento (pari al 40%). Il servizio farmaceutico aziendale ha segnalato le criticità emerse sui dati elaborati dalla Regione sulla piattaforma Clicon. ( ad esempio il valore riportato per l'obiettivo A.1.1 ha evidenziato significative incongruenze rispetto all'analisi prescrittiva effettuata con i singoli medici. Per quanto riguarda indicatore A.5.2 – "Percentuale di pazienti in terapia con fligrastim biosimilare" riguardante 3 confezioni, a fronte delle osservazioni inviate, il Coordinamento regionale unico sul farmaco riscontra con mail quanto segue ".... essendo la percentuale dell'indicatore A.5.2 molto vicina al 100% e considerando per tutte le Aziende Sanitarie un margine di tolleranza/giustificazione relativo ai trapianti, l'obiettivo dovrebbe essere dato come raggiunto...".
<b>C.13.1</b>	Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti)	≥ 500 per milione di abitanti (di cui 300 per milione solo per i farmaci) n. segnalazioni totali necessarie: 108 di cui 65 da farmaci	1,00	650 per milione di abitanti di cui 497 per milione solo per i farmaci	V	fonte: report regionale del 16/01/2017. numero segnalazioni totali inserite al 31/12/2016: 140 (necessarie per raggiungere l'obiettivo 108). N. segnalazioni da farmaci inserite al 31/12/2016: 107 (necessarie per raggiungere obiettivo 65). L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.13.3</b>	Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing)	SI	0,00	SI	V	Il servizio farmaceutico aziendale segnala che sono costantemente monitorati e sono in regola. Tutte le schede con mancata chiusura presentano giustificazione clinica. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
<b>C.13.4</b>	Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit	scostamento ≤ 10% rispetto migliori performance	0	SI	V	Non è pervenuta dalla Regione comunicazione delle tempistiche per calcolare lo scostamento. Vi è un solo studio profit con farmaco valutato dal CESC nella seduta del 27/10/2016. Verbale CESC del 10/11/16 ricevuto l'11/11/16. Delibera autorizzativa del 26/01/17 con ultima firma del contratto il 7/02/2017 (la ricezione della convenzione definitiva è avvenuta a gennaio 2017 dopo riscontro dei dovuti chiarimenti richiesti al Promotore).
<b>C.13.5</b>	Sperimentazione clinica: compilazione Registro Regionale					non di competenza ulss 7
<b>D.1.1</b>	Rispetto del tetto di costo: Personale	€ 104.247.000,00	2,00	€ 104.063.271,36	V	Scostamento rispetto a tetto: - € 183.728,64 (-0,2%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
<b>D.2.1</b>	Rispetto del Risultato Economico Programmato	0	5,00	€217.151,93	V	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
D.2.2	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	< 0	5,00	-€ 21.009.932,00	V	L'obiettivo è stato pienamente raggiunto come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017.
D.2.3	Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale.	SI	2,00	SI (-20,2)	V	fonte sito aziendale. (-2.658.262.329,33/132.772.035,97) Il criterio di adempienza è stato definito con vademecum v. 2.0 in data 18/07/2016 e prevede: "L'azienda risulta comunque adempiente nel caso rispetti i tempi di pagamento come da indicatore D.2.4, oppure se registra un miglioramento degli indicatori economico-patrimoniali"
D.2.4	Rispetto dei tempi di pagamento programmati	SI	3,00	SI (-20,2)	V	fonte sito aziendale. (-2.658.262.329,33/132.772.035,97). L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.1	Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato	classe A < = € 41,00 classe H < = € 33,00	2,00	classe A: € 36,00 classe H: € 26,00	V	fonte : report regionale del 17/03/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.2	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Territoriale	€ 25.548.197,00 pro capite pesato con ossigeno < = € 114,00	2,00	€ 22.123.025,76 pro capite pesato con ossigeno € 99,00	V	Scostamento rispetto a tetto: - € 3.425.171,24 (-13,4%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. Valore pro capite da report reg.le del 17/03/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.3	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera	€ 18.556.970,00	2,00	€ 16.631.043,78	V	Scostamento rispetto a tetto: - € 1.925.926,22 (-10,4%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.4	Rispetto del tetto di costo: DM	€ 14.367.618,00	2,00	€13.289.109,66	V	Scostamento rispetto a tetto: - € 1.078.508,34 (-7,5%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.5	Rispetto del tetto di costo: IVD	€ 5.051.003,85	1,00	€5.093.743,28	G	Scostamento rispetto a tetto: € 42.739,43 (+0,8%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. A seguito delle motivazioni riguardanti lo scostamento si ritiene di considerare parzialmente raggiunto l'obiettivo.
D.3.6	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa	€ 2.329.013,00	1,00	€ 2.263.682,85	V	Scostamento rispetto a tetto: - € 65.330,15 (-2,8%) come da relazione sullo scostamento degli obiettivi economici del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
D.3.7	Rispetto del tetto di costo: Assistenza Protesica	<= € 15,00 pro capite	1,00	€ 16,29 € 15,92 (pro capite pesato)	R	fonte: report reg.le del 05/05/2017. L'obiettivo non è stato raggiunto.
D.4.1	Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri):	tetto come da programmazione regionale dgrv n. 1923 del 23/12/2015 € 1.939.000,00	1,00	SI	V	E' stato rispettato il tetto assegnato con dgrv n. 1923 del 23 dicembre 2015 agli erogatori privati di assistenza specialistica. Per la macroarea di ossigenoterapia iperbarica è stata autorizzata (dgrv 2295/2016) la quota di extrabudget richiesta. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
D.4.2	Rispetto tetti assegnati agli erogatori ospedalieri (l'indicatore è soddisfatto se vengono soddisfatti 2 sub indicatori): 1) invio di documento da parte delle aziende su quanto erogato agli erogatori privati ospedalieri rispetto al tetto previsto da documenti di programmazione regionale. L'indicatore è soddisfatto se l'importo rispetta il tetto previsto 2) sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati	SI	1,00	SI	V	1) invio in Regione delibere 2) trasmissione in Regione degli accordi sottoscritti 3) valori rispettati: valore preventivato per residenti Veneto € 4.200.000,00 = valore consuntivo € 4.200.000,00; valore preventivato per Non residenti Veneto € 1.150.000,00 = valore consuntivo € 1.334.222,31. Da segnalare che per le prestazioni erogate a favore di cittadini non residenti in Regione Veneto, pur non prevedendo un tetto di budget, sono regolamentate dalle D.G.R.V. 2213/2011, 2122/2013, 1876/2014 e 2170/2014. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
E.1.1	Rispetto Tempi d'attesa classe A	≥ 90%	2,00	97,08%	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
E.1.2	Rispetto Tempi d'attesa classe B	≥ 90%	2,00	98,46%	V	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto.
E.1.3	Rispetto Tempi d'attesa classe C	100%	1,00	99,16%	R	fonte del dato: report DWH regionale obiettivi - pubblicazione del 10/05/2017. L'obiettivo non è stato raggiunto.
E.1.4	Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale: Criteri definiti con nota mail del 13/04/2016	"Garantita 1": riduzione "gg di attesa oltresoglia" del 10% in classe D; mantenimento "gg di attesa oltresoglia" in classe B, P "Garantita 2": riduzione "gg di attesa oltresoglia" del 5% in classe P; mantenimento "gg di attesa oltresoglia" in classe B, D	5,00	"Garantita 1": soddisfatti i criteri per tutte le classi. "Garantita 2": soddisfatti i criteri per la classe D, classe B (valore poco sopra la soglia richiesta 7,72 rispetto a 7,46), classe P non soddisfatta. (dato aziendale)	G	fonte: flusso SPS elaborazioni controllo di gestione. Considerando i valori riportati l'obiettivo si considera parzialmente raggiunto.
E.2.1	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard: individuate branche critiche "14. Chirurgia vascolare - angiologia, 56. Medicina fisica e riabilitazione"	SI	3,00	SI	V	fonte: slide pre-consuntivo nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. Per branche critiche individuate (14: Chirurgia vascolare - angiologia e 56: medicina fisica e riabilitazione) raggiunta la riduzione dello scostamento >20% rispetto a valore best 11. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. Tasso standardizzato consumo (esclusa diagnostica di laboratorio) in diminuzione: anno 2014=3,46 - anno 2015=3,12- anno 2016=2,98.



codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
E.3.1	Verifica della presenza del quesito diagnostico	SI (90% delle ricette esaminate)	1,00	SI (90% delle ricette esaminate)	V	fonte pres. 02/12/2016 pre incontro Ve: errori 1,6% n. errori: 50 n. ricette 3102. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
E.3.2	Predisposizione di Azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso	SI	1,00	SI	V	Sono stati rispettati tutti gli adempimenti previsti: * invio in Regione relazione definitiva sulle azioni poste in essere con relativi allegati (rif. prot. 41941 del 29/12/2016); * invio in Regione documentazione relativa ad azioni poste in essere con nota 38622 del 30/11/2016 a riscontro della richiesta reg.le del 08/11/2016 433888 (int 35813) con scadenza 30/11/2016; * invio con nota 41869 del 29/12/2016 in Regione riscontro nota reg.le 158852 del 22/04/2016 e n. 483976 del 12/12/2016 su appropriatezza prescrizioni di medicina fisica e riabilitativa (1°-2°-3° trim 2016). L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.1.2	Risoluzione anomalie di registrazione del Regime di Ricovero	SI	1,00	SI	V	Fonte: portale regionale. L'Azienda procede ad effettuare mensilmente le correzione degli errori rilevati dalla Regione nel flusso SDO. Inoltre, vengono effettuati ulteriori controlli trimestrali sui Day Hospital potenzialmente inappropriati, al fine di procedere alle necessarie correzioni nelle codifiche. La DMO effettua puntualmente le verifiche, ricevuti i dati da UCG e dal Portale regionale dedicato. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.2.1	Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale	SI	0,50	SI	V	con nota mail del 10/04/2017 l'Ing. Andrea Boer - Direttore uo sistema informativo SSR ha comunicato il pieno raggiungimento dell'obiettivo come da report allegato alla medesima. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.2.2	Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati	SI	0,25	SI	V	fonte: report regionale Ing. Andrea Boer - Direttore U.O. sistema informativo SSR. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.2.3	% di Indicizzazione del Patient Summary su totale della popolazione individuata	≥30%	0,25	SI	V	fonte: report regionale Ing. Andrea Boer - Direttore U.O. sistema informativo SSR. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.3.1	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS	90%	0,50	98%	V	fonte: report regionale Ing. Andrea Boer - Direttore U.O. sistema informativo SSR. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
F.3.2	% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	90%	0,50	100%	V	fonte: report regionale Ing. Andrea Boer - Direttore U.O. sistema informativo SSR. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.4.1	Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	SI	1,00	SI (parzialmente)	G	raggiunti 8 indicatori su 9 (ind. F.4.1.b valore raggiunto 99% su 100% soglia). Ved. report dettaglio. Si considera l'obiettivo parzialmente raggiunto.
F.5.1	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del nuovo flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera	SI	0,20	SI	V	Sono state rispettate tutte le scadenze e i requisiti di qualità previsti in particolare il valore massimo di errori bloccanti per il record risulta pari a 3,5% (valore soglia 5%) e valore massimo errori bloccanti per il campo pari a 6,7% (valore soglia 10%) L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.5.2	Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera in area disabili nel 2014 (dgr 1059/2012).	SI	0,20	SI	V	Effettuata la corretta implementazione dei dati di flusso nel sistema Atlante, e rispettati i criteri di adempienza previsti dall'obiettivo: - Tutti gli utenti presi in carico nelle strutture extraospedaliere (residenziali e semiresidenziali), nei progetti innovativi di semiresidenzialità (DGR 739/2015) e con le ICDp e ICDf sono stati inserimenti contestualmente alla data di presa in carico nel sistema Atl@nte. Fatta la valutazione con SVAMDI di tutti gli utenti presi in carico nel 2016. Rispettata la coerenza con i fattori di produzione considerati al fine di determinare il riparto del Fondo reg. per la Non Autosufficienza (residenzialità e semiresidenzialità disabili) e con le ICDp e ICDf erogate nel 2016. La Qualità delle valutazioni è stata ottimizzata. Vi è una corretta valorizzazione delle quote di rilievo sanitario e sociali e delle quote integrative e della data di ammissione e dimissione dell'utente nelle strutture extraospedaliere e nei progetti innovativi. Con una conseguente corretta implementazione dei dati di flusso nel sistema "Arcipelago". L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.5.3	Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extraospedaliera	SI	0,20	SI	V	Sono state rispettate tutte le scadenze e i requisiti di qualità previsti in particolare il valore massimo di errori bloccanti per il record risulta pari a 3,5% (valore soglia 5%) e valore massimo errori bloccanti per il campo pari a 6,7% (valore soglia 10%) L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.
F.5.4	Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze	SI	0,20	SI	V	Sono state inserite nella cartella CaCEDem 355 prime visite che rappresentano la quasi totalità delle prime visite effettuate in Geriatria. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

codice indicatore	decrizione indicatore	soglia 2016	punti	valore raggiunto	valutazione (*)	note relative a valore raggiunto, sintesi adempimento / fonte valori
F.5.5	Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare	SI	0,20	SI	V	Sono state rispettate le tempistiche di emissione e pagamento dell'impegnativa di cura domiciliare: nota 26660 del 27/01/2017, nota 6378 del 23/02/2016, nota 10961 del 31/03/2016, nota 11012 del 31/03/2016, nota 13622 del 21/04/2016, nota 17460 del 27/05/2016, nota 21023 del 28/06/2016, nota 38055 del 25/11/2016, nota 40503 del 15/12/2016. L'obiettivo è stato considerato raggiunto durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi nell'incontro svoltosi a Venezia nel mese di marzo 2017. L'obiettivo risulta pienamente raggiunto.

(\*) legenda valutazione

V	indicatore raggiunto
G	indicatore parzialmente raggiunto
R	indicatore non raggiunto

dettaglio indicatori obiettivo C.6.1

cod. ind.	descrizione indicatore	soglia 2016 (DM70)	soglia tollerata (-10%)	valore Conegliano	valore Vittorio Veneto	note
<b>indicatori di volume</b>						
<b>C.6.1.1v</b>	Volume di dimissioni con interventi chirurgici per tumore maligno della mammella	150	135	5	168	report DWH regionale
<b>C.6.1.2v</b>	Volume di dimissioni con intervento di colecistectomia laparoscopica	100	90	152	105	report DWH regionale
<b>C.6.1.3v</b>	Volume di dimissioni con intervento chirurgico per frattura del femore	75	67	214	94	report DWH regionale
<b>C.6.1.4v</b>	Volume di dimissioni per Infarto miocardico acuto (IMA)	100	90	270	27	report DWH regionale
<b>C.6.1.5v</b>	Volume di dimissioni con intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC) isolato	200	180	0		report DWH regionale
<b>C.6.1.6v</b>	Volume di dimissioni con intervento di Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)	250	225	391		report DWH regionale
<b>C.6.1.7v</b>	Volume di parti	500	450	932	568	report DWH regionale
<b>indicatori di esito</b>						
<b>C.6.1.1e</b>	Proporzione di dimissioni con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro tre giorni	>= 70%	63%	49,02%	86,76%	report DWH regionale
<b>C.6.1.2e</b>	Proporzione di dimissioni con intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore dell'anziano	> = 60%	54%	32,58%	46,75%	report DWH regionale
<b>C.6.1.3e</b>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	25% (> 1000 parti) <b>15% (&lt; 1000 parti)</b>	27,5% <b>16,5%</b>	18,54%	15,58%	report DWH regionale
<b>C.6.1.4e</b>	Proporzione di episodi di IMA STEMI trattati con PTCA entro due giorni.	>= 60%	54%	89,92%	11,11%	report DWH regionale
<b>C.6.1.5e</b>	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico isolato.	< = 4%	4,40%		0,00%	report DWH regionale
<b>C.6.1.6e</b>	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiache.	< = 4%	4,40%			

**leganda volumi**

	rispetta la soglia DM70
	rispetta la soglia DM70 con tolleranza del 10%
	non rispetta la soglia DM70
	basso numero di casi al denominatore

dettaglio indicatori obiettivo F.4.1

cod. ind.	descrizione indicatore	soglia 2016	valore raggiunto	note	punti indic.	monitoraggio
<b>F.4.1</b>	rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari	SI			1,00	
<b>F.4.1.a</b>	Flusso consumi DM: % di spesa DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	≥ 90%	102%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.b</b>	Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	99%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		p
<b>F.4.1.c</b>	Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	≥ 50%	93%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.d</b>	Flusso consumi farmaci (DDF3 e FAROSP): % di spesa rilevata nei flussi rispetto ai modelli CE	≥ 90%	100%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.e</b>	Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3	100%	105%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.f</b>	Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 70%	83%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.g</b>	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	95%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.h</b>	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 70%	100%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si
<b>F.4.1.i</b>	Flusso Assistenza Protesica: % della spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica rispetto alla spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica	≥ 70%	94%	report regionale del 07/06/2017 da Osservatorio farmaci		si

raggiunti	8
parzialmente	1
non raggiunti	

**totali 9**