



***AZIENDA ULSS N. 8 - ASOLO***

## **Relazione sulla performance anno 2016**

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



## **Indice**

Premessa.....	pag. 4
- Presentazione della relazione.....	pag. 4
- Sintesi delle informazione di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni.....	pag. 5
Risultati raggiunti per obiettivi assegnati con DGRV 2525/2014: .....	pag. 9
- Area A - Osservanza delle linee guida e indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici.....	pag. 9
- Area B - Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate.....	pag. 11
- Area C - Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi.....	pag. 12
- Area D - Equilibrio economico.....	pag. 21
- Area E - Liste d'attesa.....	pag. 34
- Area F - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario.....	pag. 35
Relazione sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.....	pag. 38
Risultati di performance organizzativa.....	pag. 47
Risultati di performance individuale .....	pag. 50
Risorse, efficienza ed economicità.....	pag. 56
Il processo di redazione della relazione sulla performance.....	pag. 57

## **Premessa**

### **1. Presentazione della relazione**

Il ciclo della Performance per l'anno 2016 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano di valutazione triennale degli obiettivi 2016-2018, nel quale sono state indicate le linee strategiche generali per il triennio 2016-2018, e il Documento di Direttive 2016, nel quale sono state specificate le direttive aziendali per l'anno 2016. Il Piano triennale e il Documento di direttive sono stati predisposti dalla Direzione strategica e adottati, rispettivamente, con deliberazione del direttore generale n. n. 51 del 29 gennaio 2016 e n. 205 del 26 febbraio 2016.

Il Piano di valutazione triennale degli obiettivi 2016-2018 recepisce gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende Ulss del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto" per l'anno 2016 assegnati dalla Regione con DGR 2072/2015. Con tale DGR la Regione ha assegnato alle Aziende sanitarie del Veneto un set di obiettivi da raggiungere con gli indicatori e i pesi relativi.

Oltre agli obiettivi regionali l'Azienda ha individuato nel documento di direttive alcune aree strategiche di intervento che sono state successivamente declinate nelle schede di budget.

Le principali sono:

- adeguamento dell'organizzazione aziendale al nuovo atto aziendale e al piano attuativo delle schede ospedaliere e delle schede delle strutture intermedie territoriali anche attraverso la riorganizzazione logistico operativa dei servizi;
- miglioramento della sicurezza del paziente e predisposizione di nuovi percorsi clinico assistenziali al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, secondo criteri di appropriatezza clinica;
- potenziamento dell'integrazione tra ospedale e territorio per favorire la continuità assistenziale del paziente;
- applicazione della DGR 2205/2012 in merito alla valutazione del personale; riduzione del residuo ferie e del lavoro straordinario del personale dipendente;
- confronto e condivisione di modelli organizzativi, di procedure e di attività fra le tre Ulss della provincia di Treviso.

L'Azienda ha contrattato con tutte le Unità Operative Complesse il budget per l'anno 2016 articolando e formalizzando puntuali obiettivi da raggiungere, attività da conseguire e risorse da utilizzare.

L'Azienda con deliberazione del direttore generale 27 maggio 2016, n. 583, ha approvato il programma annuale e il budget economico delle strutture operative aziendali e dei relativi centri di responsabilità per l'anno 2016.

Nei mesi di giugno e ottobre 2016, l'Azienda ha verificato il raggiungimento degli obiettivi di budget per tutte le strutture aziendali e, nei primi mesi del 2017, la Regione ha rendicontato un preconsuntivo del raggiungimento degli obiettivi aziendali riferiti all'anno 2016.

Tutto il personale dipendente è stato valutato individualmente in relazione agli obiettivi raggiunti e ad altri parametri.

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

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

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

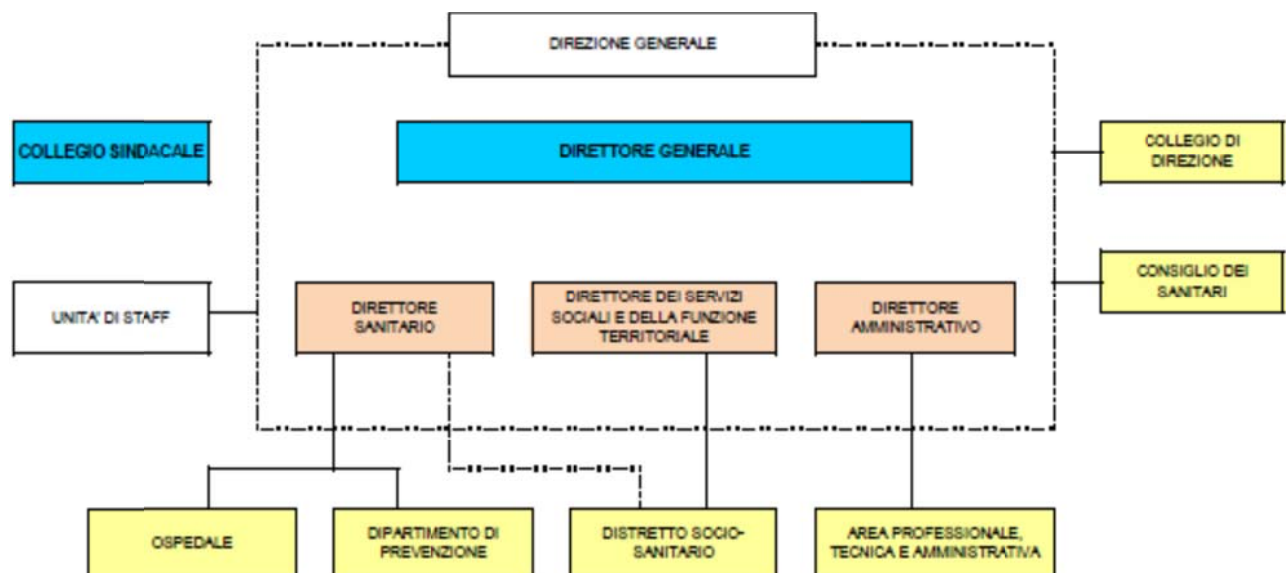
### *2.1 La normativa di riferimento*

Il Piano di valutazione triennale degli obiettivi 2016-2018 tiene conto di una serie di indicazioni e delibere regionali di riferimento:

- la DGRV 6 novembre 2012, n. 2205, “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. 150/2009 e della L.R. 26 Maggio 2011, n. 9 modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22 Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”, con la quale la Regione ha definito le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e la valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti dello stesso SSR delle disposizioni in materia contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che ha recato una riforma organica della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche, prevedendo lo sviluppo di un ciclo di gestione della performance (art. 4) e si articola nelle seguenti fasi:
  - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
  - collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
  - monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
  - misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
  - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
  - rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

## 2.2 L'Azienda in cifre

L'organizzazione del livello operativo dell'unità locale socio-sanitaria si articola in strutture operative, dipartimenti, strutturali e funzionali, ed unità operative, complesse o semplici.

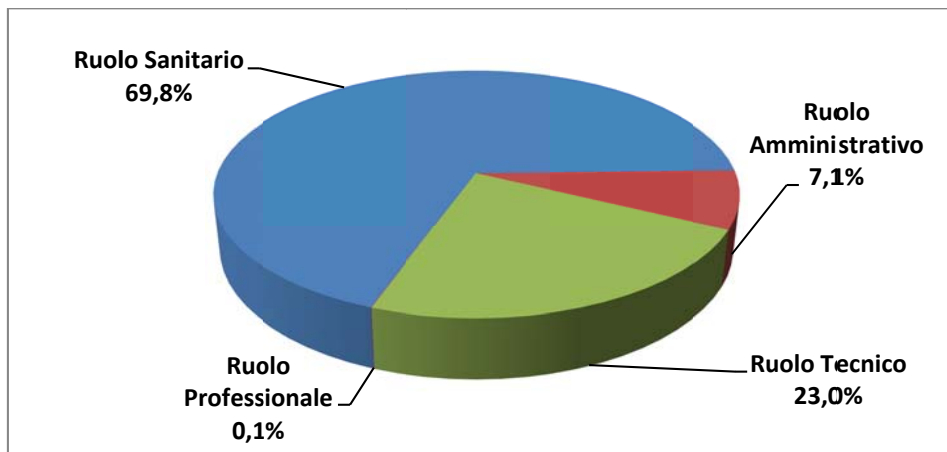


- Il personale dipendente

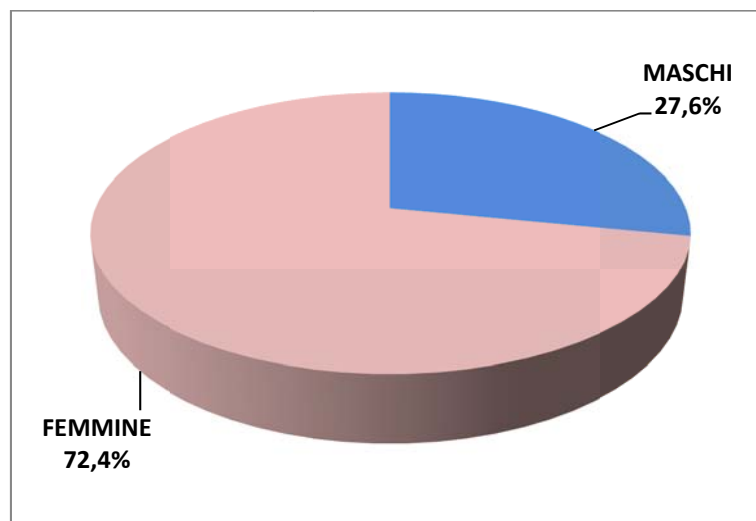
Di seguito vengono riportati i dati relativi alla dotazione effettiva del personale dipendente dell'azienda, al 31 dicembre 2016, suddiviso in base al genere, al ruolo coperto e al tipo di contratto.

**tabella n. 1:** dotazione del personale Ulss n. 8 al 31 dicembre 2016.

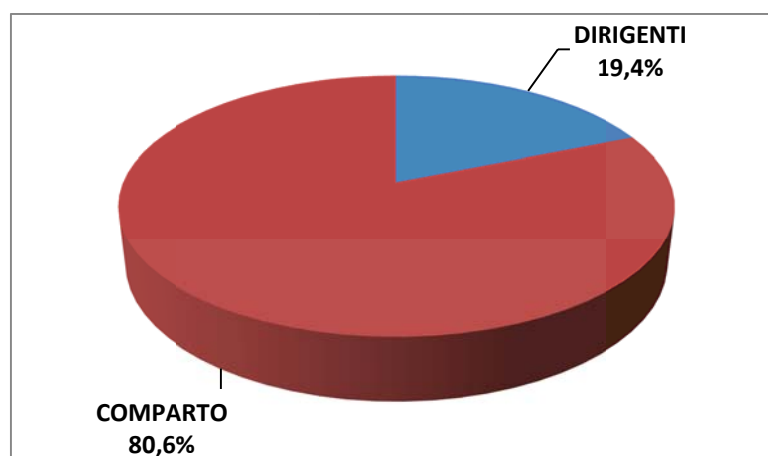
<b>Totale dipendenti</b>	<b>2.478</b>
di cui maschi	683
di cui femmine	1.795
<b>Ruolo Sanitario</b>	<b>1.729</b>
<b>Ruolo Amministrativo</b>	<b>176</b>
<b>Ruolo Tecnico</b>	<b>571</b>
<b>Ruolo Professionale</b>	<b>2</b>
<b>Dirigenti</b>	<b>480</b>
<b>Non dirigenti</b>	<b>1.998</b>
<b>Tempo indeterminato</b>	<b>2.432</b>
<b>Tempo determinato</b>	<b>46</b>



**DIPENDENTI PER RUOLO**



**DIPENDENTI PER SESSO**



**DIPENDENTI PER CONTRATTO**

Per quanto riguarda il quadro sintetico dei dati qualitativi e quantitativi per livello di assistenza che caratterizzano l'Azienda e per una sintesi dell'andamento dei risultati economici, si rimanda all'allegato della deliberazione del direttore generale n. 1019 del 29 maggio 2017 pubblicata nel sito istituzionale dell'ente nella sezione "Amministrazione Trasparente" all'indirizzo: <https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Bilanci/Bilancio-preventivo-e-consuntivo/Bilancio-consuntivo/Bilancio-Consuntivo-2016>

## **Risultati raggiunti per obiettivi assegnati con DGR 2072/2015**

### **Area A – Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici**

#### **A.1 - Adeguamento della organizzazione distrettuale agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016**

##### ***A - Sviluppo del modello di Centrale Operativa***

Il referente aziendale della Centrale Operativa Territoriale, istituita nell'ULSS con deliberazione del direttore generale del 6 marzo 2014, n. 273, ha partecipato attivamente al percorso regionale di accompagnamento per lo sviluppo delle centrali operative territoriali. Vengono di seguito elencati gli incontri che hanno visto la partecipazione del referente aziendale:

- 24 febbraio 2016
- 5 aprile 2016 (provinciale)
- 26 aprile 2016 (plenario)
- Dal 28 giugno 2016 al 25 gennaio 2017 partecipazione al percorso formativo di alto livello per responsabili COT approvato con DGR 19 aprile 2016 n. 463

Le griglie informative inviate dalla Regione tramite il Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie sono state compilate e inviate in Regione con prot. n. 47759 del 10 novembre 2016.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

##### ***B - Programmazione dello sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate e attivazione delle stesse secondo la DGR n.751***

Con deliberazione della Giunta regionale del 9 giugno 2015, n. 751 la Regione Veneto ha approvato il contratto di esercizio tipo della Medicina di Gruppo Integrata, identificata quale forma aggregativa per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini. I progetti per l'attivazione di 4 medicine di gruppo integrate sono stati presentati entro il 31 dicembre in Regione e successivamente autorizzati dalla CRITE. Nel corso del 2016 sono stati effettuati numerosi incontri tra il gruppo di lavoro aziendale e il gruppo di referenti delle MGI al fine di definire protocolli operativi, modalità attuative dei contratti, analisi dei flussi informativi e caricamento dei dati informatici, il tutto in conformità alle prescrizioni fornite dalla CRITE. La mancata definizione sulla modalità di rimborso del personale impiegato dalle MGI ha bloccato la firma del contratto definitivo entro il 31 dicembre.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

##### ***C - Effettuazione Monitoraggio dello sviluppo delle Cure Primarie***

L'Anagrafe Unica Regionale rappresenta l'unico flusso per la gestione delle forme associative e delle AFT e l'azienda ha regolarmente provveduto a verificare e aggiornare i relativi dati.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

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

### ***A - Progressione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie) come ratificato, per ogni azienda, con apposita delibera di giunta.***

Con la deliberazione della Giunta regionale del 16 agosto 2016, n. 1313 è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale all'URT "San Gregorio" dell'IPAB Istituti di soggiorno San Gregorio di Valdobbiadene, con una dotazione di 25 posti letto. Nelle motivazioni della delibera è stata data la prescrizione di sottoscrivere un accordo contrattuale limitato a soli 15 posti letto. Nel rispetto di tale prescrizione l'azienda ha stipulato un accordo contrattuale con l'IPAB per il periodo 1.10.2016-30.9.2019, di cui alla deliberazione aziendale n. 1079 del 30 settembre 2016, prevedendo che la fruizione dell'URT corrisponda ad una media giornaliera di 15 posti letto. La struttura è stata nei 3 mesi successivi regolarmente utilizzata con l'inserimento di pazienti dimessi da reparti per acuti con progetti riabilitativi di inserimento temporaneo nell'URT.

### ***B - Contestualizzazione Aziendale del PDTA per la Sclerosi Multipla***

Con la deliberazione aziendale n. 1457 del 21 dicembre 2016 l'azienda ha recepito il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della Sclerosi Multipla, secondo quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale del 15 maggio 2015, n. 758.

La delibera aziendale è stata inviata in Regione con prot. n. 55213 del 29 dicembre 2016.

Il 20 gennaio 2017 è stato inviato via mail in Regione ([acg@regione.veneto.it](mailto:acg@regione.veneto.it)) la tabella con gli indicatori inseriti nel PDTA calcolati per l'anno 2015.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

## **A.3 - Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016**

### ***A - Mantenimento o riduzione del Tasso di ospedalizzazione al 135‰***

Nel 2016 il tasso di ospedalizzazione standardizzato dell'ULSS 8 è stato di 127,07 ricoveri per 1.000 abitanti. Il dato risulta inferiore al valore soglia standard regionale (140,0) e in linea con il dato aziendale dell'anno precedente (126,55) (fonte: DWH regionale 17.7.2017).

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

### ***B - Attivazione della Rete Oncologica Veneta secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013 e C - Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto della DGR 1173/2014***

Con la deliberazione aziendale n. 1558 del 29 dicembre 2016 l'azienda ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione della paziente senologica.  
Il 13 marzo 2017 la delibera aziendale è stata trasmessa via mail in Regione ([obiettivi.dg@regione.veneto.it](mailto:obiettivi.dg@regione.veneto.it)) con gli indicatori inseriti nel PDTA calcolati per la coorte 2016.

## **Area B - Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate**

### **B.1 - Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale**

*Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016 anche a titolo di rinegoziazione o rinnovo*

La verifica del prezzo unitario di riferimento regionale è sempre stata fatta, sia nel predisporre la base d'asta che in sede di aggiudicazione.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2017.

### **B.2 – Contabilità analitica e modelli LA**

*Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale*

I file richiesti dalla Regione sono stati caricati nel portale regionale entro il 30 novembre 2016, così come previsto dalla nota regionale prot. n. 401367 del 18 ottobre 2016.

### **B.3 - Applicare politiche di Assicurazione**

*A - Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes*

I dati richiesti sono stati inseriti nel gestionale Simes nel rispetto delle scadenze temporali previste e della procedura gestionale formalizzata.

*B - Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager - a seguito di sinistro/evento - per il monitoraggio della loro efficacia*

Nel corso dell'anno sono state individuate, a partire da 5 verbali del comitato valutazione sinistri, 5 azioni di miglioramento legate ai seguenti eventi: 1) nato morto; 2) decesso dopo esame broncoscopico; 3) infezione da Legionella in paziente con leucemia; 4) paziente con perdita improvvisa di visus; 5) stravasato di chemioterapico.

Al termine dell'anno il responsabile per la sicurezza del paziente ha trasmesso con il prot. 54523 del 23 dicembre 2016 l'esito delle azioni effettuate con relativi indicatori, frequenza di monitoraggio e risultati ottenuti.

*C - Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre)*

I file semestrali richiesti dalla Regione sono stati inviati nel rispetto delle scadenze regionali. I dati del 1° semestre sono stati inviati con nota prot. 28354 del 25 giugno 2016, quelli del 2° semestre con nota prot. 55203 del 29 dicembre 2016.

## **Area C – Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi**

### **C.1 - Copertura Vaccinazioni già Obbligatorie e Screening Oncologici**

#### ***A - 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)***

L'obiettivo regionale posto dalla Regione, ossia un tasso di copertura vaccinale "aggiustato" per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e HIB superiore al 95% per la coorte 2014, non è stato raggiunto. La copertura al 31 dicembre 2016 è stata per tutti i vaccini dell'87,29% in crescita rispetto al dato dell'anno precedente, invertendo così un trend che si stava protraendo da alcuni anni.

Per incrementare la copertura vaccinale sono state intensificate le azioni che da alcuni anni l'azienda sta attuando al fine di migliorare la copertura vaccinale e che sono state inserite anche nel Piano della Prevenzione Aziendale. In particolare:

- 1) **La collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta e i Pediatri Ospedalieri** attraverso incontri con gli stessi per la condivisione dei dati sul monitoraggio delle vaccinazioni e sull'andamento delle coperture vaccinali nelle diverse aree del territorio aziendale;
- 2) **L'aumento dell'offerta vaccinale** con l'attivazione di sedute vaccinali aggiuntive;
- 3) **Formazione** del personale;
- 4) **Informazione** e divulgazione di materiale informativo regionale e aziendale;
- 5) **Collaborazione con le scuole sul tema della prevenzione delle malattie infettive;**
- 6) **Collaborazione con le Amministrazioni Comunali;**
- 7) **Colloqui con i genitori che richiedono maggiori informazioni sulle vaccinazioni;**

#### ***B - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)***

L'obiettivo regionale posto dalla Regione, ossia un tasso di copertura vaccinale "aggiustato" per morbillo, parotite e rosolia superiore al 95% per la coorte 2014, non è stato raggiunto. La copertura al 31 dicembre 2016 è stata dell'85,1%, in crescita di oltre 3 punti percentuali rispetto al dato dell'anno precedente (81,8%).

#### ***C - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)***

L'obiettivo regionale posto dalla Regione, ossia un tasso di copertura per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano superiore al 75%, non è stato raggiunto. La copertura al 31 dicembre 2016 è stata del 46,5.

#### ***D - Adesione "corretta" per screening mammografico >= 80%***

#### ***E - Adesione "corretta" per screening citologico >= 60%***

#### ***F - Adesione "corretta" per colon-retto >= 65%***

L'obiettivo regionale posto dalla Regione per i 3 screening oncologici è stato pienamente rispettato.

L'adesione "corretta" per lo screening mammografico è stata dell'80,99%.

L'adesione "corretta" per lo screening citologico è stata del 76,79%.

L'adesione "corretta" per lo screening colon-retto è stata del 74,61%.

(Fonte: report regionale 28.3.2017)

### ***G - Rispetto della Programmazione Regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)***

L'obiettivo regionale era composto dai seguenti 4 sub-obiettivi:

- 1. Applicazione del modello della presa in carico del soggetto con fattori di rischio per almeno 3 dei seguenti componenti: screening cardiovascolare, prescrizione esercizio fisico, ambulatorio nutrizionale, centro/ambulatorio trattamento tabagismo.**

Tutti e quattro i componenti richiesti sono attivi. Si precisa che screening cardiovascolare, ambulatorio nutrizionale e centro/ambulatorio trattamento tabagismo sono attivi da tempo, mentre la prescrizione esercizio fisico è stata attivata nel corso dell'anno nel rispettato dei tempi previsti dalla programmazione regionale.

- 2. Adesione ai sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO, HBSC) che vengono attivati nell'anno.**

L'azienda ha aderito a tutti i sistemi di sorveglianza che la Regione ha attivato nel corso del 2016 (PASSI, OKKIO, HBSC). L'implementazione del sistema "Passi d'Argento" è prevista per il 2017, come da programmazione regionale.

- 3. Attivare per ogni fascia d'età (bambini, adulti, anziani) almeno un programma di promozione del movimento nell'ambito della lotta alla sedentarietà nella popolazione.**

Sono stati attivati i seguenti programmi:

- PEDIBUS (attualmente coinvolti 16 comuni)
- LABORATORI con bambini, ragazzi-STUDENTI della scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di primo e secondo grado (azioni riferite al progetto APRIRE NUOVI CIELI in collaborazione con il comune di Castelfranco Veneto)
- GRUPPI DI CAMMINO in diversi comuni
- ATTIVITA' MOTORIA con l'anziano in collaborazione con i centri residenziali per anziani
- ATTIVITA' a favore di tutte le fasce d'età in collaborazione con il museo di Montebelluna nell'ambito della mostra Scienza e Sport. Sono state dedicate giornate a diversi target: diabetici, cardiopatici e incontri rivolti alla popolazione in generale.
- ORGANIZZAZIONE DI CAMMINATE PUBBLICHE per la popolazione
- REALIZZAZIONE di un evento formativo rivolto ai dipendenti ulss sulle tematiche del movimento e pedagogia del cammino.
- SVILUPPO e prosecuzione della formazione regionale sul campo "SVILUPPO della carta di Toronto come modello per l'advocacy, creazione di reti, progettazione partecipata".

- 4. Partecipazione ai percorsi formativi regionali nell'ambito del Piano Materno Infantile: almeno dieci operatori formati nell'ambito del Piano Materno-Infantile.**

Gli operatori hanno partecipato al percorso formativo regionale. L'obiettivo è stato raggiunto.

## **C.2 - Raggiungimento della percentuale del 5% delle Unità Locali oggetto di intervento ispettivo dello SPISAL aziendale**

La Regione Veneto, con Decreto del 16 giugno 2016 n. 16, avente ad oggetto "Pianificazione delle attività di vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, dei Servizi SPISAL delle Aziende ULSS del Veneto, anno 2016", ha stabilito che per l'ULSS 8 il valore numerico corrispondente alla percentuale di cui sopra è pari a 610 unità locali. Il valore raggiunto a fine anno dall'azienda è stato di 635 unità, per cui l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.

## **C.3 - Implementazione piani sicurezza alimentare**

### **A - 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)**

L'indicatore è composto dalla somma di due percentuali:

- % di ispezioni effettuate presso gli esercizi di somministrazione rispetto al numero di strutture esistenti;
- % di prelievi effettuati presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) e trasmessi al laboratorio analisi rispetto a quelli programmati

L'obiettivo regionale del 160% non è stato raggiunto. E' stato effettuato il 100% dei prelievi previsti e ispezionato il 23,5% degli esercizi di somministrazione esistenti, per un valore complessivo pari a 123,5%.

### **B - 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)**

L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nella tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992. E' stato analizzato il 100% dei campioni previsti, pertanto l'obiettivo regionale (analizzare almeno il 90% dei campioni) è stato raggiunto.

### **C - Controlli sull'alimentazione animale: volume di attività minima dei programmi di campionamento previsti dal PNAA (Indicatore 3, Allegato 9, Adempimento AAJ Questionario LEA 2016)**

L'indicatore misura il grado di realizzazione dei campionamenti effettuati nell'ambito del Piano Nazionale Alimentazione Animale. Tutti i programmi di campionamento sono stati effettuati con almeno il 95% dei campioni svolti per ciascun programma. L'obiettivo è stato raggiunto.

### **D - Percentuale di allevamenti controllati per Tubercolosi, Brucellosi, Leucosi (Indicatore 2 Adempimento AAJ Questionario LEA 2015)**

L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti per il risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi, leucosi e brucellosi. I servizi veterinari si sono attivati per superare la soglia del 99,8% fissata dall'obiettivo regionale.

## **C.4 - Integrazione Ospedale - Territorio**

### ***A - Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di visitare a domicilio almeno il 10% dei pazienti ultra 75enni dimessi da un reparto per acuti dopo un ricovero in regime ordinario. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2016 è stato pari al 18,72% (fonte: Regione Veneto).

L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.

### ***B Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di effettuare per almeno il 15% dei pazienti ultra 75enni deceduti nell'anno un minimo di 8 accessi a domicilio nell'ultimo mese di vita. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2016 è stato pari a 23,43% (fonte: Regione Veneto).

L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.

### ***C Incremento del tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di raggiungere un tasso di eventi assistenziali di 3°-4° livello superiore a 1,46, soglia di adempimento definita dal comitato LEA a livello nazionale che equivale al valore regionale mediano riferito all'anno 2015. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2016 è stato pari a 3,01 (fonte: Regione Veneto).

L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.

### ***C Riammissioni Mediche entro 30 giorni per 100 ricoveri negli ultra75enni***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di ridurre al di sotto del 10% il numero di pazienti ultra 75enni dimessi da un reparto medico e nuovamente ricoverati nei 30 giorni successivi alla dimissione. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2015 è stato pari al 10,48%, di poco superiore alla soglia regionale (fonte: DWH regionale).

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto.

## **C.5 - Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014)**

### ***A - Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014***

L'obiettivo regionale di riferimento, stabilito con la deliberazione della Giunta regionale del 12 agosto 2014, n. 1513, prevede che il 90° percentile degli accessi in pronto soccorso con codice triage verde o bianco si chiuda entro 4 ore. Nel 2016 la soglia delle 4 ore è stata rispettata solo per l'82,79% dei pazienti; il 90° percentile è stato di 4 ore e 53 minuti, in lieve miglioramento rispetto al 2015 (-15 minuti), ma ancora sensibilmente superiore alla soglia regionale.

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto.

### ***B - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)***

L'intervallo di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno deve essere inferiore o uguale ai 18 minuti. Nel 2016 il valore raggiunto dall'azienda è stato di 18 minuti.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

## C.6 - Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015

I risultati raggiunti nel 2016 vengono riportati nelle due tabelle sottostanti:

### Indicatori di volume

Indicatori di volume (0,5 punti)	soglia minima	2015		2016		Esito (1=si)		Totale
		CF	MB	CF	MB	CF	MB	
1. Volume di dimissioni con interventi chirurgici per tumore maligno della mammella	150	200	1	214	1	1		1
2. Volume di dimissioni con intervento di colecistectomia laparoscopica	100	206	201	166	209	1	1	2
3. Volume di dimissioni con intervento chirurgico per frattura del femore	75	140	151	155	132	1	1	2
4. Volume di dimissioni per Infarto miocardico acuto	100	296	82	292	132	1	1	2
5. Volume di dimissioni con intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC) isolato	200							
6. Volume di dimissioni con intervento di Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)	250	439		461	2	1		1
7. Volume di parti	500	991	1221	984	1195	1	1	1

L'azienda ha raggiunto, per tutti gli indicatori che presentano volumi significativi, le soglie minime previste dal decreto ministeriale. Sono stati conseguiti 0,5 punti su 0,5.

### Indicatori di esito

Indicatori di esito (0,5 punti)	soglia minima	2015		2016		Esito (1=si)	
		CF	MB	CF	MB	CF	MB
1. Proporzione di dimissioni con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro tre giorni	>70%	76,5%	61,9%	69,2%	80,2%	1	1
2. Proporzione di dimissioni con intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore dell'anziano	>60%	46,5%	51,6%	57,8%	49,5%	1	0
3. Proporzione di parti con taglio cesareo primario	<15%	10,6%	11,2%	11,0%	13,0%	1	1
4. Proporzione di episodi di IMA STEMI trattati con PTCA entro due giorni.	>60%	89,8%	47,6%	86,3%	21,9%	1	

5. Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico isolato.	<4%						
6. Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola cardiache.	<4%						

L'azienda ha raggiunto le soglie minime previste dal decreto ministeriale per quasi tutti gli indicatori che presentano volumi significativi. Fa eccezione l'indicatore "Proporzione di dimissioni con intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del femore dell'anziano" che per il presidio di Montebelluna è rimasto al di sotto sia della soglia minima ministeriale (60%), che della soglia minima tollerata dalla Regione Veneto (54%). Il presidio di Castelfranco Veneto, pur raggiungendo su 2 indicatori un valore inferiore alla soglia ministeriale, è comunque rimasto al di sopra della soglia minima tollerata dalla Regione (soglia ministeriale variata del 10%). Solo una parte dei 0,5 punti assegnati a tale gruppo di indicatori risulta pertanto conseguita.

### **C.7 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica**

#### ***A - Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana***

Nel 2016 nessuna sala operatoria che effettua interventi di week surgery ha effettuato 1.000 interventi su pazienti dimessi in regime di week surgery (codice 3).

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto.

#### ***B - Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014***

##### **1. % di interventi eleggibili alla week surgery effettuati in tale regime**

Dai report messi a disposizione dell'azienda nel data warehouse regionale si rileva che solo il 34,0% degli interventi programmati eleggibili alla week surgery è stato effettuato in tale regime. Tale valore, però, non tiene conto del fatto che la week surgery è stata attivata (dal 3° ottobre 2011) solo presso il presidio di Castelfranco, né del fatto che nell'ULSS 8 la maggior parte degli interventi previsti dalla Regione come eleggibili alla week surgery vengono fatti in regime diurno con pernottamento. Nel 2016 presso il presidio di Castelfranco Veneto sono stati allettati presso la week surgery il 62% dei pazienti che hanno effettuato un intervento programmato eleggibile alle week surgery. La percentuale minima del 60% fissata come obiettivo dalla Regione può dunque essere considerata sostanzialmente raggiunta per tale presidio.

##### **2. % di ricoveri con lo stesso MDC dopo dimissione da ricovero in week surgery (entro 30 gg)**

La percentuale di persone che sono state ricoverate entro 30 giorni dopo essere state dimesse da week surgery è stata dell'1,48%, ben al di sotto della soglia massima del 5% prevista dalla Regione.

Solo uno dei due obiettivi sulla week surgery è stato pertanto raggiunto.

#### ***C - Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliero (DGR 4277/2011 e modifiche successive)***

Tutti i DRG monitorati dalla Regione (006, 039, 119 e 162) hanno rispettato le soglie di erogabilità fissate dalla normativa regionale.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

#### ***D - Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici***

Nel 2016 il 16,43% dei pazienti dimessi da reparti chirurgici ha presentato un DRG medico; si tratta di un valore superiore al 15% posto come percentuale massima dalla Regione. Va tenuto presente che, nel periodo invernale, causa il sovraccarico dei ricoveri in area medica, è risultato inevitabile l'assegnazione dei ricoveri border line (non chirurgici) direttamente ai reparti chirurgici per sgravare l'area medica. La difficoltà a gestire i pazienti medici nei reparti medici è generata anche dal fatto che le attuali schede ospedaliere regionali prevedono per l'ULSS 8 un numero di posti per abitante nell'area medico-riabilitativa decisamente inferiore a quello medio regionale.

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto.

#### **C.8 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Materno-Infantile**

La Regione ha posto come obiettivo il miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita. Tale obiettivo è stato suddiviso nei seguenti 3 sub-obiettivi:

##### **1. % di parti cesarei primari**

Per i due presidi ospedalieri dell'azienda veniva chiesto di mantenere la stessa % di parti cesarei dell'anno precedente. I report regionali attestano che entrambi i presidi ospedalieri hanno raggiunto l'obiettivo dal momento che la percentuale è rimasta invariata per il presidio di Castelfranco (11,1%) ed è incrementata in modo non significativo per il presidio di Montebelluna (dall'11,9% del 2015 al 13,4% del 2016).

##### **2. Ospedalizzazione pediatrica in reparti per adulti**

L'obiettivo regionale suddivide i bambini minorenni in 4 fasce d'età, per ognuna delle quali è stata individuata una percentuale massima di ricoveri in reparti medici per adulti. Per entrambi i presidi le principali criticità sono state rilevate nella fascia d'età 15-17 anni per la quale sono state rilevate delle percentuali in lieve incremento rispetto all'anno precedente (dal 74,0% al 76,7% per l'ospedale di Castelfranco, dall'83,3% all'85,2% per quello di Montebelluna). Ciò nonostante la Regione, nell'ultimo report regionale, ha ritenuto raggiunto l'obiettivo, tenuto conto anche delle motivazioni date dall'azienda sulle cause che hanno generato questi ricoveri (es. pazienti ricoverati in psichiatria per disturbi del comportamento alimentare).

##### **3. Outcome ostetrico AOI**

L'indicatore AOI, che monitora la presenza di eventi avversi nei punti nascita, ha mantenuto l'ottima performance dell'anno precedente, anche se l'indice è lievemente aumentato rispetto al 2015. La soglia massima regionale pari a 4 non è stata superata da nessuno dei due presidi. L'ospedale di Castelfranco ha raggiunto un valore pari a 2,5 (2,2 nel 2015), quello di Montebelluna 2,3 (2,1 nel 2015).

#### **C.9 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica**

***A - Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014)***

Premesso che il tempo di attesa calcolato dall'indicatore riguarda un numero esiguo di ricoveri, dal momento che la maggior parte delle chemioterapie vengono svolte in regime ambulatoriale, il tempo di attesa media è stato nel 2016 di 9,6 giorni, al di sotto della soglia massima di 11,7 giorni fissata dalla Regione.

***B - Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al polmone (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)***

Premesso che l'indicatore è stato calcolato prendendo in considerazione solo 10 ricoveri, nel 2016 il tempo di attesa medio aziendale per interventi per tumore al polmone è stato di 23,5 giorni, appena al di sopra della soglia massima di 23,1 giorni fissata dalla Regione. Hanno pesato sul dato medio aziendale i 41 giorni di attesa per uno specifico ricovero.

***C - Tempi di attesa (giorni) per Interventi per Tumore al colon retto (Indicatore TAV 3.10 Rapporto SDO 2014)***

Nel 2016 il tempo di attesa medio aziendale per interventi per tumore al colon retto è stato di 19,9 giorni, al di sotto della soglia massima di 21,5 giorni fissata dalla Regione. Il valore è stato calcolato su 102 interventi complessivi.

#### **C.10 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Medica**

***A - % Ricoveri medici oltre soglia per pz >= 65 aa (Patto per la Salute 2010-12) (codice S.Anna: C14.4)***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di mantenere sotto il 3% la percentuale di ricoveri ordinari oltre soglia per pazienti sopra i 65 anni. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2016 è stato pari al 2,72%, in diminuzione rispetto al 4,00% del 2015 e all'interno del valore soglia regionale (fonte: DWH regionale).

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

***B - Percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione***

La Regione ha posto alle ULSS l'obiettivo di mantenere sotto il 20% la percentuale di ricoveri in area riabilitativa con degenza superiore alle soglie di riabilitazione. Il valore raggiunto dall'ULSS 8 nel 2016 è stato pari all'8,41% (fonte: DWH regionale).

L'obiettivo regionale è stato pienamente raggiunto.

#### **C.11 – Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA**

***Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA***

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 dell'obiettivo. Sulla base delle informazioni oggi disponibili si ritiene che l'obiettivo regionale è stato raggiunto.

#### **C.12 - Indicatori di appropriatezza prescrittiva**

## ***Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto***

L'Azienda risulta adempiente se tutti gli indicatori migliorano di almeno il 5% rispetto al dato 2015 e se, per la aziende che già raggiungono l'obiettivo AIFA, si mantengono nel valore stesso. Un terzo degli obiettivi è stato raggiunto, un terzo è peggiorato, un terzo è migliorato ma in misura inferiore al 5% richiesto dalla Regione.

L'obiettivo non viene considerato raggiunto.

AREA	N.	INDICATORE	2015	2016	valutazione
<b>Protezione gastrointestinale</b>	A1.1	Percentuale di pazienti in trattamento con PPI senza i criteri di rimborsabilità previsti dalla Nota 1 o dalla Nota 48	51	50	migliorato meno del 5%
<b>Ipertensione arteriosa</b>	A2.1	Percentuale di pazienti in trattamento con antagonisti dell'angiotensina II trattati con farmaci a brevetto scaduto	70	69	peggiorato
	A2.2	Percentuale di pazienti avviati al trattamento con antipertensivi in associazione fissa con calcio antagonista che non provengono dagli stessi principi attivi in monoterapia o dall'associazione estemporanea degli stessi principi attivi	77	76	migliorato meno del 5%
<b>Dislipidemie</b>	A3.1	Percentuale di pazienti senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine a bassa potenza	35	33	peggiorato
	A3.2	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine ad alta potenza	77	80	migliorato meno del 5%
	A.3.2.1	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete avviati al trattamento con statine ad alta potenza ancora coperte da brevetto che non provengono da statine ad alta potenza a brevetto scaduto per almeno 6 mesi	89	90	peggiorato
	A3.3	Percentuale di pazienti in trattamento con statine occasionali al trattamento	5	4,7	migliorato oltre il 5%
	A3.4	Percentuale di pazienti in trattamento con statine aderenti al trattamento	51	52	migliorato meno del 5%
	A3.5	Percentuale di pazienti con pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine.	62	63	migliorato meno del 5%
	A3.6	Percentuale di pazienti ultra-ottantenni senza pregresso evento CV o diabete in trattamento con statine	79	80	peggiorato
<b>TEV</b>	A.4.1	Percentuale di pazienti in trattamento con EBPM o fondaparinux con una durata della terapia superiore a 45 giorni	42	39	migliorato oltre il 5%
<b>Biosimilari</b>	A.5.1	Percentuale di pazienti in terapia con epoetina biosimilare	50	60	migliorato oltre il 5%
	A.5.2	Percentuale di pazienti in terapia con filgrastim biosimilare	89	88	peggiorato
	A.5.3	Percentuale di pazienti in terapia con somatopina biosimilare	28	31	raggiunto il target
	A.5.4	Percentuale di pazienti in terapia con infliximab biosimilare	7	50	raggiunto il target

### **C.13 - Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini**

#### ***Tasso di segnalazioni (numero di segnalazioni ADR per milione di abitanti)***

La soglia regionale di 500 segnalazioni ogni milione di abitanti fissata dalla Regione è stata raggiunta (dato finale ULSS 8 578), dal momento che sono state segnalate 165 reazioni avverse da farmaco rispetto alle 126 richieste dalla Regione (Fonte: report regionale). Il valore raggiunto per i soli farmaci risulta superiore alle 300 segnalazioni ogni milione di abitanti richiesto dalla Regione.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

## Area D – Equilibrio economico

### OBIETTIVI D.1 – Rispetto della programmazione regionale sui costi del personale

#### Obiettivo D.1.1 Rispetto del tetto di costo: PERSONALE

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA2080 Costo del personale	115.230.000,00	114.291.418,36	938.581,64	-0,8%

#### Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia

Obiettivo raggiunto

## OBIETTIVI D.2 – Equilibrio economico-finanziario

### D.2.1 – Rispetto del risultato economico programmato

L'azienda, chiudendo il bilancio sanitario con un utile di 515.981,39 euro, ha rispettato il risultato economico obiettivo di 0 euro previsto dalla DGR 1632 del 21.10.2016 avente ad oggetto "DGRV 16 agosto 2016, n.1315. Piano di revisione della spesa volto al perseguimento dell'equilibrio economico del SSR per l'esercizio 2016".

### Obiettivo D.2.2 Variazione annuale del costo della produzione (+ Imposte e tasse)

#### 1. Valutazione dell'andamento del costo della produzione aziendale rettificato

SEGNO	CODICE CONTO	CONTO COGE	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
+	BZ9999	Totale costi della produzione (B)	437.735.027	440.217.372	2.482.345
+	YA0010	(Y.1) IRAP	7.735.782	7.374.708	-361.074
-	AA0120	(A.1.B.2.1) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	4.622	4.264	-358
-	AA0130	(A.1.B.2.2) Contributi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione o Prov. Aut. (extra fondo) altro	0	800	800
-	AA0720	(A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c, d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	21.106	1.273	-19.833
-	AA0810	(A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso Aziende sanitarie pubbliche della Regione - SANITARIO	80.170	9.520	-70.650
-	AA0820	(A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione - SANITARIO	4.455.011	7.235.489	2.780.478
-	AA0830	(A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione - ALTRI SERVIZI NON SANITARI	0	0	0
-	AA0780	(A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando presso la Regione	162.074	216.449	54.375
-	AA0850	(A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando presso altri soggetti pubblici	111.228	109.786	-1.442
-	AA0860	(A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	625.234	673.209	47.975

-	di cui B.2.A.16.1	Costi pe conguaglio a consuntivo del FRAT (compensazioni tra aziende)	868.240	1.051.596	183.356
-	DGR RIPARTO	Funzione SUEM privati accreditati			0
-	DGR RIPARTO	Funzione Pronto Soccorso privati accreditati			0
-	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2095/2012			0
-	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2616/2012			0
-	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 2620/2012			0
-	DGR RIPARTO	Contributi ex DGRV n. 286/2015			0
-	AA0036	(A.1.A.1.6) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di vincolati regionali)	883.520	91.855	-791.665
-	AA0040	(A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato)	12.475	36.118	23.643
-	AA0070	(A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati)	266.959	69.933	-197.026
-	AA0150	(A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati)	199.973	73.501	-126.472
-	AA0180	(A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca)	0	0	0
-	AA0230	(A.1.D) Contributi c/esercizio da privati)	152.116	29.744	-122.372
-	AA0270	(A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti)	730.235	604.647	-125.588
+	FORM VINC_Rettifiche	Rettifiche di contributi vincolati relative agli investimenti finanziati con i contributi vincolati stessi	105.572	13.500	-92.072
-	BA1540	(B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	0	0	0
-	BA0090	(B.1.A.2.2) da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale)	0	0	0
-	BA0480	(B.2.A.1.3) - da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale)	30.313	28.778	-1.535
-	BA0520	(B.2.A.2.3) - da pubblico (Extraregione)	67.673	64.245	-3.428
-	BA0560	(B.2.A.3.3) - da pubblico (Extraregione)	939.270	891.685	-47.585
-	BA0830	(B.2.A.7.3) - da pubblico (Extraregione)	5.669.364	5.382.145	-287.219
-	BA0990	(B.2.A.9.3) - da pubblico (Extraregione)	645.243	612.553	-32.690

-	BA1060	(B.2.A.10.3) - da pubblico (Extraregione))	135.731	128.855	-6.876
-	BA1120	(B.2.A.11.3) - da pubblico (Extraregione))	144.556	137.232	-7.324
-	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) FINANZIAMENTI "Altri finanziamenti a funzione"	161.500	700.500	539.000
-	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Finanziamento progetti e attività in collaborazione con le Aziende Sanitarie del SSR	0	0	0
-	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Finanziamento funzione DPC e distribuzione diretta	0	0	0
-	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) FUNZIONI DI APPROV. SOVRA AZIENDALI e CENTRALIZZAZIONE MANIPOLAZIONI ANTIBLATICHE	0	0	0
-	DGR RIPARTO	(A.1.A.1.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S.R. a titolo di indistinta - finanziamento a funzione) Trasferimento suem	0	0	0
-	DGR RIPARTO	Gioco d'azzardo	0	0	0
-	Elaborazione extra contabile	Costi per epatite C		1.324.302	1.324.302
=		<b>COSTO DELLA PRODUZIONE RETTIFICATO (1)</b>	<b>429.209.768</b>	<b>428.127.101</b>	<b>-1.082.667</b>

## 2. Valutazione dell'andamento dei ricavi

SEGNO	CODICE CONTO	CONTO COGE	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Delta Consuntivo 2016 - Consuntivo 2015
+	AA0330	(A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	25.351.884	23.142.335	-2.209.549
-	AA0600	(A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Internazionale	0	0	0
+	AA0610	AA0610 (A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	0	0	0

+	AA0660	(A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.777.009	1.747.742	-29.267
+	AA0670	(A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	5.269.057	5.168.464	-100.593
-	AA0720	(A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	21.106	1.273	-19.833
+	AA0790	(A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	0	0	0
+	AA0870	(A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	0	0	0
+	AA0880	(A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	2.324.824	1.776.159	-548.665
+	AA0940	(A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	9.771.462	8.826.790	-944.672
-	AA0460	(A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero)	1.330.619	1.227.133	-103.486
-	AA0470	(A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali)	581.948	520.514	-61.434
-	AA0490	(A.4.A.3.4) Prestazioni di File F)	159.387	238.675	79.288
-	AA0500	(A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione)	45.672	44.845	-827
-	AA0510	(A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione)	81.924	78.412	-3.512
-	AA0520	(A.4.A.3.7) Prestazioni termali Extraregione)	0	0	0
-	AA0530	(A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione)	7.836	8.487	651
-	AA0550	(A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali Extraregione)	0	0	0
+	DGR RIPARTO	Screening neonatale allargato (All. D dgr 2717/2014)			0
+	AA1060	(A.9) Altri ricavi e proventi)	849.801	546.485	-303.316
=		Delta RICAVI * (2)	43.115.545	39.088.636	-4.026.909

### 3. Valutazione raggiungimento obiettivo

	2015	2016	Delta 2016-2015
<b>COSTO DELLA PRODUZIONE RETTIFICATO (1)</b>	429.209.768	428.127.101	-1.082.667
<b>DELTA RICAVI * (2)</b>	43.115.545	39.088.636	-4.026.909

Relazione illustrativa mancato raggiungimento dell'obiettivo

L'obiettivo si considera raggiunto.

L'incremento dei costi della produzione va inoltre rettificato di €858.817,15 per interventi in ambito territoriale servizi socio sanitari (DDR 116/2016 ) che non viene detratto come avveniva per l'anno 2015 alla riga AA0036 della presente tabella (lo scorso anno era un vincolato ora rientra nell'assegnazione indistinta)

### **D.2.3 – Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale**

L'azienda risulta adempiente nel caso rispetti i tempi di pagamento come da indicatore D.2.4 a cui si rimanda.

### **D.2.4 – Rispetto dei tempi di pagamento programmati**

Il valore medio aziendale registrato dall'azienda nel 2016 per l'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato pari a -17,95, al di sotto del valore massimo previsto dalla legge, pari a 0. L'obiettivo è stato conseguito in tutti e 4 i trimestri dell'anno ed è andato sempre più migliorando con il trascorrere del tempo.

## OBIETTIVI D.3 – Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari

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

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Indicatore	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
Pro-capite pesato diretta di classe A	41,00	41,00	€ -	0,0%
Pro-capite pesato diretta di classe H	33,00	36,00	€ 3,00	9,1%

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto per i farmaci di classe H. Il capitolo di spesa è costituito prevalentemente dai seguenti farmaci:

- 1- farmaci antiemetici per pazienti oncologici il cui consumo è rimasto invariato rispetto al 2015;
- 2- farmaci specialistici utilizzati in ematologia di cui si assiste un leggero aumento di spesa nel 2016 dovuto essenzialmente al farmaco NPLATE (un nuovo caso da marzo 2016);
- 3- adrenalina autoiniettabile, distribuibile solo attraverso le farmacie ospedaliere secondo le disposizioni della Regione Veneto, con consumo costante nel tempo;
- 4- farmaci utilizzati per malattie rare e fibrosi cistica la cui spesa è rimasta praticamente costante;
- 5- farmaci antineoplastici per terapia orale il cui consumo è aumentato per numero di farmaci impiegati, per numero di pazienti e per spesa per singolo farmaco.

Si precisa che sono tutti farmaci con prescrizione specialistica e soggetti a continuo monitoraggio per patologie in continuo aumento; ad esempio i pazienti seguiti con il farmaco Humira sono aumentati rispetto al 2015 da 76 a 82; per il farmaco Zytiga, impiegato nel carcinoma della prostata, si è rilevato un aumento di circa 100.000 euro (5 pazienti seguiti nel 1° trimestre 2015, 15 pazienti seguiti nel 4° trimestre 2016).

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

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA0500 (B.2.A.2.1) – da convenzione	26.366.363,00	27.852.756,59	€ 1.486.393,59	5,6%

#### Relazione illustrativa scostamento

Obiettivo non raggiunto.

La spesa pur diminuita rispetto al 2015 dello 0,7% risulta superiore al tetto assegnato del 5,6%.

Vengono di seguito riportate le principali voci di spesa e gli scostamenti rispetto al 2015:

La vitamina D (COLECALCIFEROLO) ha avuto un grande incremento di spesa nel 2016 pari a 209.156 euro dovuta ad una grossa campagna di informazione da parte di professionisti e mezzi di informazione. La cosa è stata segnalata sia negli audit con i medici di medicina generale con una spesa elevata, sia negli incontri con i referenti delle AFT che negli incontri di formazione con tutti i MMG. E' in programma per l'anno 2017 un'attività di sensibilizzazione e di informazione che coinvolge anche gli specialisti ospedalieri oltre che i MMG.

Sono aumentate anche le associazioni fisse ACE-Inibitori e Calcio antagonisti. La prescrizione dei farmaci antiipertensivi è stata affrontata assieme all'evidenza di una elevata prescrizione di Olmesartan sia in incontri individuali che in incontri con i referenti delle AFT e in incontri di formazione plenari, anche con la partecipazione degli specialisti cardiologi. La prescrizione di Olmesartan, unico farmaco a brevetto non ancora scaduto è rimasta elevata nonostante gli interventi fatti.

La spesa per statine è leggermente aumentata, nonostante sia diminuito il consumo di rosuvastatina (unico farmaco con il brevetto ancora attivo). La spesa elevata è dovuta allo spostamento delle terapie verso il farmaco ezetimibe da solo o in associazione alla simvastatina dovuto all'applicazione della nuova nota 13 ma anche a prescrizioni inappropriate sia dei MMG che degli specialisti. Anche per questi farmaci sono state messe in atto le stesse azioni dei gruppi di farmaci descritti precedentemente. Nel mese di giugno scadrà anche il brevetto della rosuvastatina con una conseguente riduzione della spesa.

Anche per la dutasteride si è assistito ad un aumento della spesa e dei pazienti trattati a scapito della finasteride, farmaco con le stesse indicazioni ma con costo inferiore. Il fenomeno è stato evidenziato solo nell'ultima parte dell'anno e non è stato possibile organizzare interventi con gli specialisti ma solo con i MMG, che hanno lamentato una spesa indotta dagli urologi. Anche per la dutasteride è imminente la scadenza del brevetto con una forte riduzione dei costi. Nel corso del 2017 sarà valutata l'appropriatezza delle prescrizioni con gli specialisti urologi.

Analoghi interventi saranno studiati per i farmaci dell'apparato respiratorio nell'elenco e per i farmaci della terapia del dolore.

#### AZIONI EFFETTUATE

Al fine di ridurre la spesa sono state messe in atto numerose iniziative nei confronti dei medici prescrittori sia ospedalieri che territoriali riassunte di seguito:

- 1- Invio reportistica trimestrale personalizzata per ogni medico
  - 2- Un audit con cardiologi ospedalieri e ambulatoriali sull'appropriatezza dei farmaci per la terapia dell'ipertensione arteriosa.
  - 3- Invio note ai MMG sullo stato degli obiettivi regionali e delle prescrizioni a carico della spesa farmaceutica territoriale nei mesi di febbraio, aprile, giugno, luglio e dicembre.
  - 4- Selezione dei medici responsabili di forti scostamenti di spesa rispetto all'indicatore regionali (selezionati 15 medici iperprescrittori con spesa elevata e non giustificata dagli indicatori ACG di complessità clinica) ed invio di una nota personalizzata con analisi dettagliata delle proprie prescrizioni e richiesta scritta di chiarimenti (solo una risposta scritta).
  - 5- Convocazione successiva degli stessi 15 medici a distanza di tre mesi e discussione dei propri dati di prescrizione confrontati con quelli nella nota inviata.
  - 6- La seconda parte dell'anno è stata caratterizzata da una intensa attività con le AFT appena istituite a cui sono stati assegnati obiettivi legati alle prescrizioni. Sono stati effettuati incontri con i responsabili delle AFT (alcuni focalizzati sulla farmaceutica) ed è stato organizzato un incontro sulla spesa farmaceutica per ogni AFT.
  - 7- È stato inviato ad ogni medico l'elenco dei pazienti con prescrizione inappropriata dei PPI secondo le note AIFA 1 e 48 ed è stata chiesta giustificazione dell'inappropriatezza.
  - 8- È stato elaborato, in accordo con i responsabili delle AFT, un manifesto per i pazienti sull'uso corretto dei PPI da apporre nelle sale d'attesa degli ambulatori.
  - 9- Nella seduta della Commissione Terapeutica Aziendale del 15 settembre 2016 è stata analizzata la spesa farmaceutica sia territoriale che ospedaliera ed è stato fatto il punto sulle azioni intraprese coinvolgendo anche i medici ospedalieri sull'analisi delle iniziative da effettuare per la riduzione della spesa.
  - 10- Sono state elaborate le procedure per la riconciliazione terapeutica e la continuità assistenziale ospedale-territorio in base alle disposizioni regionali. Dette procedure sono poi state diffuse presso i medici sia ospedalieri che MMG.
  - 11- Nei budget delle UU.OO. dei due ospedali sono stati inseriti gli indicatori di appropriatezza prescrittiva della Regione
- Farmaci del PHT distribuiti in convenzionata: nei report regionali di settembre emerge che, pur avendo una quota di farmaci in PHT distribuiti in convenzionata pari a 333.813 euro, tale valore si è ridotto di 97.000 euro rispetto al 2015 (-22,5%). Il risultato è dovuto ad una costante azione di monitoraggio e richiamo dei farmacisti e dei medici con prescrizioni sfuggite alla distribuzione diretta e alla DPC. Queste azioni sono tuttora in corso al fine di continuare a ridurre la quota di farmaci in PHT erogate in convenzionata.
- Nell'ultima parte dell'anno il team NAO ha iniziato un monitoraggio delle prescrizioni dei NAO, analizzando a campione le cartelle cliniche della cardiologia. L'attività continuerà nel corso del 2017.

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

A	B	C	D	D-C	(D-C)/C
Conto di CE (€)	Descrizione	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA0030 (B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	Totale acquisti ULSS 8	37.154.996,00	36.728.509,94	- 426.486,06	-1,1%
di cui:	acquisti per ULSS 1	2.400.000,00	2.797.848,00		
	acquisti per ULSS 2	1.600.000,00	1.682.754,00		
	acquisti per ULSS 7	2.800.000,00	2.815.374,00		
di cui:	Epatite C*	-	1.324.301,75		
BA0030 (B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati al netto di Epatite C	Acquisti per ULSS 8	30.354.996,00	28.108.232,19	- 2.246.763,81	-7,4%

**Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia**

Al netto dell'epatite C e della spesa sostenuta per farmaci antitumorali allestiti per l'ULSS 1, 2 e 7, il tetto di spesa è stato rispettato.

**Obiettivo D.3.4 Rispetto del tetto di costo DISPOSITIVI MEDICI (escluso IVD)**

A Conto di CE (€)	B Valore Soglia (€)	C Valore Effettivo (€)	C-B Scostamento assoluto (€)	(C-B)/B Scostamento percentuale (%)
BA0210 (B.1.A.3) Dispositivi medici (senza IVD)	17.796.242,00	17.293.245,35	- 502.996,65	-2,8%

Obiettivo raggiunto.

**Obiettivo D.3.5 Rispetto del tetto di costo IVD**

A Conto di CE (€)	B Valore Soglia (€)	C Valore Effettivo (€)	C-B Scostamento assoluto (€)	(C-B)/B Scostamento percentuale (%)
BA0240 (B.1.A.3.3) Dispositivi diagnostici in vitro (IVD)	2.644.192,00	2.198.385,12	- 445.806,88	-16,9%

Obiettivo raggiunto.

**Obiettivo D.3.6 Rispetto del tetto di costo ASSISTENZA INTEGRATIVA**

A	B	C	C-B	(C-B)/B
Conto di CE (€)	Valore Soglia (€)	Valore Effettivo (€)	Scostamento assoluto (€)	Scostamento percentuale (%)
BA0700 (B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	2.318.780,00	2.518.923,74	200.143,74	8,6%

**Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia**

L'aumento di spesa è dovuto all'aumento dei pazienti, come si evince dal confronto dei dati inviati dalla Regione Veneto nel periodo gennaio-settembre degli anni 2015 e 2016.

TIPOLOGIA PRODOTTO	N. PAZIENTI ANNO 2015	N. PAZIENTI ANNO 2016	DELTA ASSOLUTO	DELTA %
DIABETICI	2.756	2.869	113	4%
CELIACI	416	508	92	22%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	31	34	3	10%
MALATTIE METABOLICHE RARE	6	4	-2	-33%
SINDROME DI SJOGREN	14	10	-4	-29%
TOTALE	3.223	3.425	202	6%

E' stata mandata una nota a tutti i medici di base nella quale si invita a non emettere ricette SSN e a convogliare i pazienti verso il CAD per la stesura del piano di cura al fine del suo inserimento nel software Webcare.

In questo modo l'IVA sul costo dei dispositivi si riduce dal 22% al 4% per i pazienti che non risultavano esenti per patologia. Per i pazienti diabetici non insulino trattati in sola dieta non vengono più fornite le strisce salvo diversa indicazione clinica così come previsto dal decreto 21/2016.

Nella stessa nota, concordata con il Centro Diabetologico, è stato inoltre raccomandato alle farmacie di erogare non il quantitativo massimo presente nel piano terapeutico, ma solo quello richiesto dal paziente.

**Obiettivo D.3.7 Rispetto del tetto di costo ASSISTENZA PROTESICA**

A (€)	B Valore Soglia (€)	C Valore Effettivo (€)	C-B Scostamento assoluto (€)	(C-B)/B Scostamento percentuale (%)
Spesa pro-capite assistenza protesica	€ 15,00	€ 15,03	€ 0,03	0,2%

**Relazione illustrativa scostamento Valore effettivo – Valore soglia**

Obiettivo non raggiunto.

Si rileva uno scostamento rispetto al tetto regionale di soli 3 centesimi di euro, in miglioramento rispetto al dato dello scorso anno e al di sotto del costo medio regionale, grazie alle numerose azioni organizzative intraprese nel corso dell'anno. E' stata migliorata l'attività di monitoraggio dei processi, consentendo, in particolare, di ottimizzare il recupero e la redistribuzione dei presidi/ausili; sono state revisionate e aggiornate le linee guida aziendali per uniformare i criteri prescrittivi per le tipologie a maggior impatto economico.

**OBIETTIVI D.4 – Rispetto della programmazione regionale sui costi di acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati****D.4.1 - Rispetto dei tetti assegnati agli erogatori privati di assistenza specialistica (puri)**

L'azienda ha rispettato le soglie di budget previste dalla DGR n. 1923/2015.

L'obiettivo è stato raggiunto.

## Area E – Liste d'attesa

### **E.1 - Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013**

*Rispetto Tempi d'attesa classe A  $\geq 90\%$*

*Rispetto Tempi d'attesa classe B  $\geq 90\%$*

*Rispetto Tempi d'attesa classe C =100%*

La percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa si è attestata lievemente al di sotto della soglia regionale solo per la classe C, mentre per le classi A e B l'obiettivo regionale è stato raggiunto.

Questi i risultati raggiunti nei 12 mesi 2016 (Fonte: report regionale):

*Rispetto Tempi d'attesa classe A: 95%*

*Rispetto Tempi d'attesa classe B: 96%*

*Rispetto Tempi d'attesa classe C: 99%*

La Regione ha assegnato 6 ulteriori sub-obiettivi volti a monitorare il numero medio di giorni che attendono i pazienti che non hanno ricevuto la prestazione nei limiti fissati dalla Regione. All'ULSS 8 sono stati assegnati i seguenti obiettivi che risultano tutti conseguiti (fonte: report regionale), pur non essendo ancora stati ufficialmente certificati come raggiunti da parte della Regione:

*Classe A garantita 1: riduzione del 10% del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -58%*

*Classe B garantita 1: mantenimento del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -30%*

*Classe C garantita 1: mantenimento del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -77%*

*Classe A garantita 2: mantenimento del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -38%*

*Classe B garantita 2: mantenimento del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -42%*

*Classe C garantita 2: mantenimento del tempo medio di attesa oltre soglia rispetto all'anno precedente (4° trim. 2015 vs 4° trim. 2016): -77%*

### **E.2 - Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante**

*Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard*

Il numero di prestazioni per abitante dell'ULSS 8 è stato ridotto, passando da 3,19 a 3,06.

Nel corso del 2015 l'azienda ha posto particolare attenzione su due branche: la cardiologia e la neurologia. Per entrambe le branche si è registrato una riduzione di oltre il 20% dello scostamento dallo standard regionale (-93,59% per la neurologia, -161,47% per la cardiologia).

L'obiettivo è stato considerato raggiunto nell'ultimo report di monitoraggio fornito dalla Regione.

### **E.3 - Appropriatelyzza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche**

#### ***A - Verifica della presenza del quesito diagnostico***

La Regione ha effettuato delle indagini trimestrali volte a rilevare, dal flusso delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale, la valorizzazione del campo “quesito diagnostico” con un testo congruo e clinicamente significativo per le prime visite e le prime prestazioni in almeno il 90% del campione esaminato.

L'ultimo report fornito dalla Regione rileva che nel 2016 il 97% delle ricette ha soddisfatto i criteri richiesti.

L'obiettivo è stato raggiunto.

#### ***B - Predisposizione di Azioni tese a migliorare l'appropriatelyzza nell'accesso***

L'azienda doveva effettuare almeno due azioni in tema di promozione dell'appropriatelyzza prescrittiva ed erogativa di cui al decreto 9 dicembre 2015. L'evidenza documentale di quanto fatto è stata inviata in Regione nel mese di dicembre (vedi prot. 50450 del 28 novembre 2016). La relazione è composta da 52 pagine dove vengono descritte le numerose azioni poste in essere nel corso del 2016 per migliorare l'appropriatelyzza nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali.

L'obiettivo è stato raggiunto.

### **Area F - Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario**

#### **F.1 – Completezza e tempestività del flusso SDO**

##### ***Risoluzione anomalie di registrazione del regime di ricovero***

Non sono state rilevate anomalie nel flusso regionale delle SDO 2016. L'obiettivo viene considerato raggiunto.

#### **F.2 - Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici**

##### ***A - Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale***

Gli indicatori regionali oggetto di questo obiettivo, pur variati nel corso dell'anno, sono stati tutti raggiunti. Questi i valori indicati nell'ultimo report fornito dalla Regione:

Digitalizzazione dei referti di laboratorio: 100% (soglia regionale  $\geq$  93%)

Digitalizzazione dei referti di anatomia patologica: 100% (soglia regionale  $\geq$  93%)

Digitalizzazione dei referti di radiologia: 100% (soglia regionale  $\geq$  93%)

Digitalizzazione dei verbali di pronto soccorso: 100% (soglia regionale  $\geq$  92%)

Digitalizzazione dei verbali operatori: 100% (soglia regionale  $\geq$  85%)

Digitalizzazione delle lettere di dimissione ospedaliera: 100% (soglia regionale  $\geq$  92%)

***B - 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***

L'indicatore è stato considerato raggiunto nell'ultimo report fornito dalla Regione.

***C - % di Indicizzazione del Patient Summary su totale della popolazione individuata***

Il 5 ottobre 2016 la Regione ha inviato una nota in cui ha comunicato che l'obiettivo non è più in carico alle Aziende ULSS ed Ospedaliere.

### **F.3 – Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea**

***A - % di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS***

L'indicatore è stato considerato raggiunto nell'ultimo report fornito dalla Regione. La percentuale raggiunta dall'ULSS è stata del 94%, al di sopra della soglia minima del 90% fissata dalla Regione ad ottobre 2016.

***B - % di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)***

L'indicatore è stato considerato raggiunto nell'ultimo report fornito dalla Regione. La percentuale raggiunta dall'ULSS è stata del 100%, al di sopra della soglia minima del 90% fissata dalla Regione ad ottobre 2016.

L'obiettivo è stato considerato raggiunto dalla Regione durante la verifica di monitoraggio degli obiettivi fatta a marzo 2016.

### **F.4 - Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari**

***Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informatici relativi ai beni sanitari***

L'obiettivo regionale è stato declinato dalla Regione in 9 sub-obiettivi, di cui solo 5 sono stati raggiunti. Nella tabella sottostante vengono riportati i 9 indicatori con il valore target fissato dalla Regione e il risultato conseguito a fine anno dall'azienda.

ID	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2016	CONS 2016
F.4.1.a	Flusso consumi DM: % di spesa DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2)	≥ 90%	93%
F.4.1.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%	91%
F.4.1.c	Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2	≥ 50%	> 90%
F.4.1.d	Flusso consumi farmaci (DDF3 e FAROSP): % di spesa rilevata nei flussi rispetto ai modelli CE	≥ 90%	96%
F.4.1.e	Struttura (farmaci ad alto costo inseriti in DDF3)	100%	95%
F.4.1.f	Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC	≥ 70%	68%
F.4.1.g	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi	≥ 95%	98%
F.4.1.h	Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati	≥ 70%	67%
F.4.1.i	Flusso Assistenza Protesica: % della spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica rispetto alla spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica	≥ 70%	86%

L'obiettivo regionale non è stato raggiunto.

#### **F.5 - Adempimenti in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera (anziani e disabili) come da DGR regionali**

##### ***A - Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio del flusso informativo sulla residenzialità extraospedaliera***

Per misurare questo obiettivo la Regione ha verificato la congruità dei dati inviati con il flusso FAR e i dati comunicati nel flusso STS24, prevedendo uno scostamento non superiore al 10%. L'ULSS 8 ha rispettato tale limite.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

##### ***B - Attività propedeutiche al flusso della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera in area disabili nel 2014 (dgr 1059/2012).***

La Regione ha considerato adempiente l'ULSS 8 in considerazione del lavoro svolto per implementare il flusso FAD.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

##### ***C - Strutturazione della raccolta dei flussi informativi dai centri servizi per la residenzialità extraospedaliera***

La Regione ha considerato adempiente l'ULSS 8 in considerazione del lavoro svolto sui tracciati 5 e 6 del flusso FAR.

L'obiettivo è stato raggiunto.

#### ***D - Adempimenti aziendali relativi al recepimento del Piano nazionale Demenze e raccolta dei flussi informativi per costruzione registro regionale***

L'azienda ha finalmente risolto nel corso del 2016 le numerose difficoltà incontrate l'anno precedente nell'inserire i dati richiesti dalla Regione nella cartella CaCEDEm.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

#### ***E - Tempistica di emissione e pagamento dell'Impegnativa di cura domiciliare***

La Regione ha verificato quali sono stati i tempi di pagamento estraendo i dati dal software regionale. La Regione ha attestato il raggiungimento dell'obiettivo da parte dell'ULSS 8.

L'obiettivo regionale è stato raggiunto.

### **Relazione sul Programma triennale per la trasparenza e l'integrità**

Il 28 novembre 2012 è entrata in vigore la legge 6 novembre 2012 n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", emanata in attuazione dell'articolo 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'O.N.U. il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003 e ratificata con legge 3 agosto 2009 n. 116, e in attuazione degli articoli 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999 e ratificata ai sensi della legge 28 giugno 2012 n. 110, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione.

L'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è poi stato completato con il contenuto dei decreti attuativi:

- D.Lgs. 31 dicembre 2012 n. 235 "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 "Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni".

L'applicazione concreta del nuovo corpus legislativo in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione dei dati delle pubbliche amministrazioni ha evidenziato la necessità di apportare alcune

modifiche e integrazioni al D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, che sono state oggetto dei seguenti atti normativi:

- Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 “*Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia*”, convertito in Legge 9 agosto 2013, n. 98:

- art. 12 – Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale;

- Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93 “*Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province*”, convertito in Legge 15 ottobre 2013, n. 119:

- art. 42 – Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente;

- Decreto Legge 24 aprile 2014, n. 66 “*Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*”, convertito in Legge 23 giugno 2014, n. 89:

- art. 29 – Obblighi di pubblicazione del bilancio, preventivo e consuntivo, e del Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dei dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi;
- art. 33 – Obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell’amministrazione;

- Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90 “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*”, convertito in Legge 11 agosto 2014, n. 114:

- art. 11 – Ambito soggettivo di applicazione;
- art. 48 – Norme sull’attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza.

Con la Legge 7 agosto 2015 n. 124 “*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*” ed in particolare l’art. 7 avente ad oggetto “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza*” il governo è stato delegato “...ad adottare uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei principi e criteri direttivi stabiliti dall’articolo 1, comma 35, della legge 6 novembre 2012, n. 190...” e dei criteri direttivi dettagliatamente individuati nel detto articolo.

Con il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*” è stata data attuazione alla detta delega apportando ulteriori modifiche ed integrazioni alla normativa in materia di trasparenza alle quali, come previsto dall’art. 42 del decreto, le pubbliche amministrazioni (ivi comprese le aziende unità locali socio sanitarie) devono adeguarsi per una parte entro sei mesi e per un’altra parte entro un anno dall’entra in vigore del dlgs n. 97/2016 (23 giugno 2016).

La Legge della Regione del Veneto 25 ottobre 2016, n. 19, “*Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.*” ha previsto, in particolare all’art. 14, quanto segue:

- “... l’assetto organizzativo delle azienda ULSS è ridefinito a decorrere dal 1° gennaio 2017 come di seguito indicato ...” (comma 2);
- “Le Aziende ULSS n. 2 Feltre, n. 4 Alto Vicentino, n. 5 Ovest Vicentino, n. 7 Pieve di Soligo, n. 8

*Asolo, n. 13 Mirano, n. 14 Chioggia, n. 15 Alta Padovana, n. 17 Este, n. 19 Adria, n. 21 Legnago, n. 22 Bussolengo, così come denominate dalla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, sono soppresse” (comma 3);*

*- “A far data dal 1° gennaio 2017 ... l’ULSS n. 9 Treviso modifica la propria denominazione in “Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana”, mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorpora le soppresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e n. 8 Asolo e per effetto della incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso” (comma 4);*

*- l’art. 2501 (forme di fusione), comma 1, del codice civile a norma del quale “La fusione di più società può eseguirsi mediante la costituzione di una nuova società, o mediante l’incorporazione in una società di una o più altre.”;*

*- l’art. 2504-bis (effetti della fusione), comma 1, del codice civile a norma del quale “La società che risulta dalla fusione o quella incorporante assumono i diritti e gli obblighi delle società partecipanti alla fusione, proseguendo in tutti i loro rapporti, anche processuali, anteriori alla fusione.”.*

## **AZIONI INTRAPRESE NELL’ANNO 2016 IN TEMA DI TRASPARENZA E INTEGRITÀ**

### **1. Nomina del responsabile della trasparenza**

A seguito dell’emanazione della L. 190/12, l’ULSS ha nominato per il triennio 2013 – 2015 il responsabile della trasparenza e con deliberazione n. 106 del 29 gennaio 2015 attribuendo l’incarico di R.P.C. (per il triennio 2013 – 2015) al dott. Carlo Frattin – responsabile dell’unità operativa complessa Affari Generali e Legali.

Con successiva deliberazione n. 715 del 18 giugno 2015 è stata disposta l’attribuzione dell’incarico di “responsabile della prevenzione della corruzione” R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/2012) per il periodo dal 1 aprile 2015 al 31 dicembre 2016 al dott. Alessandro Di Turi, dirigente a tempo indeterminato dell’ULSS, considerato che, attuando il principio della rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione, con deliberazione n. 347 del 26 marzo 2015 il detto dirigente è stato nominato responsabile dell’unità operativa complessa Affari Generali.

Le deliberazioni di nomina sono state regolarmente pubblicate nel sito istituzionale dell’ente nella sezione “Amministrazione Trasparente” all’indirizzo:

<https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-trasparente>

Lo svolgimento del ruolo d’impulso che la legge affida al responsabile della trasparenza ha richiesto (e richiede) che la stessa organizzazione amministrativa si renda trasparente e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all’input ricevuto; pertanto l’attività del responsabile della trasparenza è stata (e deve continuare ad essere) supportata ed affiancata dall’attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione e di monitoraggio nella materia.

### **2. Portatori di interesse/stakeholder**

L’Azienda, nel corso del 2016, si è impegnata a coinvolgere le organizzazioni sindacali rappresentative, le associazioni degli utenti, tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall’Amministrazione (c.d. portatori di interesse/stakeholder) al fine di favorire l’invio di

eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare il Piano Triennale Anticorruzione 2016-2018 e il Programma triennale per la Trasparenza e l'integrità 2016-2018.

Tale impegno si è concretizzato con:

- la pubblicazione, nel sito internet aziendale, di un Avviso rivolto ai portatori di interesse/stakeholder con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio;
- la predisposizione di un modello, pubblicato sul sito internet aziendale all'indirizzo [https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Aggiornamento-P.T.P.C.-e-P.T.T.I.-Stakeholder/\(language\)/ita-IT](https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Aggiornamento-P.T.P.C.-e-P.T.T.I.-Stakeholder/(language)/ita-IT), che consente di fornire contributi, suggerimenti o proposte in forma cartacea;
- la realizzazione di un modulo informatizzato (nel sito internet aziendale all'indirizzo [https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Aggiornamento-P.T.P.C.-e-P.T.T.I.-Stakeholder/\(language\)/ita-IT](https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Aggiornamento-P.T.P.C.-e-P.T.T.I.-Stakeholder/(language)/ita-IT)) che consente, in modo semplice ed efficace, la raccolta e la gestione di contributi, suggerimenti o proposte (vds. **allegato n. 1 – Modulo Stakeholder**).

Non sono pervenuti, alla data del 15.12.2016, contributi, suggerimenti o proposte da parte di portatori di interesse/stakeholder o soggetti interessati.

### 3. Elaborazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 – 2018

Nel D.Lgs. n. 33/2013 la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e la stessa è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta al servizio del cittadino (art. 1, comma 2)

Il Decreto è intervenuto sui Programmi Triennali per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), modificando la disciplina recata dall'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, anche al fine di coordinare i contenuti del Programma con quelli del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e del Piano della Performance (PP).

In particolare, sono stati precisati i compiti e le funzioni del responsabile della trasparenza e dell'OIV ed è stata prevista la creazione della sezione "Amministrazione Trasparente", che sostituisce la precedente sezione "Trasparenza, Valutazione e Merito" prevista dall'art. 11, comma 8, del D.Lgs. n. 150/2009.

Nello specifico, la nuova sezione "Amministrazione Trasparente" è stata articolata in sotto-sezioni di primo e di secondo livello corrispondenti alle diverse tipologie di dati da pubblicare, come indicato nell'allegato A del D.Lgs. n. 33/2013.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 – 2018 è stato:

- **approvato** con deliberazione n. 49 del 29 gennaio 2016;
- **pubblicato** nella sezione "Amministrazione Trasparente" in data 12 febbraio 2016.

La determinazione ANAC n. 12/2015 (vds. pag. n. 51) prevede che "...i Piani PTPC anche quelli 2016-2018 devono essere pubblicati esclusivamente sui siti istituzionali .... nella sezione "Amministrazione Trasparente" In una logica di semplificazione degli oneri, pertanto, essi non devono essere trasmessi all'ANAC né al Dipartimento della Funzione Pubblica...". In attuazione di

quanto disposto dall'ANAC non si è provveduto ad alcuna ulteriore comunicazione (es. al Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione - Dipartimento della Funzione Pubblica);

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 – 2018 ha inteso continuare il processo per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- rendere “trasparente” ad ogni livello la struttura organizzativa e l'azione amministrativa in applicazione della filosofia di “accessibilità totale” delle informazioni relative, al fine di garantire l'imparzialità e favorire il buon andamento della pubblica amministrazione;
- riconoscere il diritto di chiunque di accedere al sito istituzionale direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione e di conoscere, di fruire gratuitamente e di utilizzare e riutilizzare i dati pubblicati;
- rendere pubblici, attraverso l'implementazione della sezione “Amministrazione trasparente”, ogni atto e/o informazione concernente l'organizzazione amministrativa, la gestione e l'utilizzazione delle risorse nonché i risultati delle valutazioni della performance;
- diffondere e sviluppare la cultura della legalità e dell'integrità al fine di prevenire i fenomeni corruttivi;
- proporre e provocare la cultura del cambiamento all'interno dell'organizzazione aziendale;
- accrescere, attraverso il benessere organizzativo, la capacità di ascolto, di risposta e di efficacia da parte del personale dipendente a tutti i livelli.

#### **4. Aggiornamento e implementazione dei dati della sezione "Amministrazione Trasparente"**

La sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale è stata strutturata in funzione di:

- prescrizioni di legge in materia di trasparenza;
- disposizioni in materia tutela dei dati personali e delle delibere dell'Autorità garante;
- natura dei settori di attività e dei procedimenti dell'ULSS finalizzati ad individuare le aree più esposte a rischio di corruzione o di cattiva gestione;
- indicazioni contenute nelle delibere emanate dalla CIVIT – Commissione indipendente per la valutazione la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche – in materia di predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità” (delibere n. 105/2010, n. 2/2012 e n. 50/2013).

In essa sono stati pubblicati, anche con sistemi di link con altre sezioni del sito istituzionale, le categorie di dati ed i contenuti specifici indicati nell'allegato n. 1 – Dati da pubblicare del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016 – 2018, in corrispondenza di ciascuno dei quali sono riportate le seguenti informazioni:

- denominazione sotto sezione di 1° livello;
- denominazione sotto sezione di 2° livello;
- denominazione sotto sezione di 3° livello;
- denominazione sotto sezione di 4° livello;
- norme che prevedono la pubblicazione;
- contenuti dell'obbligo di pubblicazione;
- termini di aggiornamento dei dati;
- servizio / ufficio competente alla pubblicazione dei dati.

La determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" nella sezione II (Sanità) al punto 2.1.2 (incarichi e nomine – incarichi a soggetti esterni) ha previsto quanto segue: *"Le indicazioni formulate per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, per quanto applicabili, possono estendersi ai casi di conferimento di incarichi individuali anche a professionisti esterni all'organizzazione (come ad esempio gli incarichi conferiti a legali), in merito ai quali si richiamano gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 15 del d.lgs. 33/2013. Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, l'organo nominante deve dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità..."*.

L'ULSS n. 8 di Asolo nel corso degli anni 2015-2016 ha attivato alcune procedure per la redazione di "elenchi di avvocati per l'eventuale affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio":

- una prima procedura, indetta con deliberazione 27 agosto 2015 n. 1034, si è conclusa con la deliberazione 26 novembre 2015, n. 1330 che ha approvato l'elenco degli avvocati per "l'affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio in materia di diritto del lavoro";
- una seconda procedura, indetta con deliberazione 26 novembre 2015 n. 1331, si è conclusa con la deliberazione 22 gennaio 2016, n. 26 che ha approvato l'elenco degli avvocati per "l'affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio in materia di responsabilità civile – malpractice sanitaria";
- avendo preso atto dell'esiguo numero di candidati inseriti nell'elenco (n. 3) al termine della procedura indetta con deliberazione 26 novembre 2015, n. 1331 è stata attivata una terza procedura, indetta con deliberazione 18 marzo 2016, n. 301, che si è conclusa con la deliberazione del 13 maggio 2016, n. 531 e l'approvazione dell'elenco degli avvocati per "l'affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio in materia di responsabilità civile – malpractice sanitaria" (n. 31);
- con deliberazione 23 novembre 2016, n. 1287 è stato prorogato, vista la scadenza al 25 novembre 2016 e vista la prossima soppressione dell'Azienda per effetto della Legge della Regione del Veneto 25 ottobre 2016, n. 19, l'elenco degli avvocati per "l'affidamento di incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio in materia di diritto del lavoro" approvato con deliberazione 26 novembre 2015, n. 1330 sino al completamento della riorganizzazione delle aziende sanitarie e comunque non oltre il 31 dicembre 2016.

Le dette procedure sono state espletate nel rispetto di quanto suggerito dall'ANAC ed in particolare:

- approvazione, con deliberazione pubblicata nel sito aziendale, di un apposito bando con predeterminazione dei requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura;
- pubblicazione del bando, per un congruo periodo, nel relativo sito istituzionale e richiesta all'Ordine degli Avvocati di Treviso di pubblicazione anche nel loro sito;
- pubblicazione nel sito aziendale (Amministrazione Trasparente – consulenti e collaboratori) al termine della procedura dell'elenco e dei curricula degli avvocati in questo inseriti.

L'ULSS n. 8 di Asolo ha individuato, con note prot. n. 6815 del 16 febbraio 2016 del responsabile dell'unità operativa complessa Affari Generali e prot. n. 14908 del 4 aprile 2016 del Direttore Amministrativo, i "criteri di utilizzo" dei sopradetti elenchi per poter dare compiuta attuazione a quanto "suggerito" da ANAC. L'adozione di tali "criteri di utilizzo" e la puntuale

verifica del rispetto di questi prima dell'adozione di ogni provvedimento di conferimento di incarico ha garantito il rispetto del principio di rotazione e trasparenza così come richiesto dalla citata determinazione ANAC n. 12/2015.

Al momento, la verifica degli adempimenti del D.Lgs. n. 33/2013 secondo i parametri stabiliti dal Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione attraverso l'iniziativa "La bussola della trasparenza dei siti web", consultabile all'indirizzo:

<http://www.magellanopa.it/bussola/page.aspx?s=verifica-dlgs-332013&qs=i/IwZsp5t0Z/qJNdZ1eumw>

Non è possibile la verifica dato che l'utilizzo della Bussola della trasparenza è temporaneamente bloccato. Tale blocco si è reso necessario per consentire alle pubbliche amministrazioni di adeguarsi alle modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (noto anche come FOIA) entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Decreto stesso (23 dicembre 2016) e per evitare, quindi, di restituire informazioni e dati non corretti (vds. **allegato n. 2**).

La verifica degli adempimenti del D.Lgs. n. 33/2013, alla data del 22 gennaio 2016, aveva prodotto i seguenti risultati

### Verifica il Sito (**allegato n. 3**)

- Indicatori Riordino trasparenza: n. indicatori soddisfatti: 67 su 67
- Risultati sezione attestazioni OIV o struttura analoga: n. indicatori soddisfatti: 1 su 1
- Risultati altri indicatori: n. indicatori soddisfatti: 5 su 5

### Classifica\* – Aziende Sanitarie Locali (**allegato n. 4**)

#	Amministrazione	Percentuale	Indicatori Soddisfatti/Totale
1	unità locale socio sanitaria ASOLO	100,00%	67/67

\* La detta classifica illustra la posizione identificata dal simbolo # (con possibilità di pari merito), il nome dell'amministrazione, la percentuale di aderenza dei siti delle PA ai contenuti minimi, definiti nelle linee guida e il numero di indicatori soddisfatti sul totale.

Tali indicatori sono correlati alla realizzazione della struttura così come definito dall'Allegato A al D.lgs. n.33/2013 con monitoraggio svolto il 17/01/2016 alle ore 02:09 su 11148 siti web.

Anche per quanto riguarda la pubblicazione (e gli adempimenti connessi) previsti dall'art. 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012 n. 190, da quanto pubblicato dal sito dell'ANAC ( <http://dati.anticorruzione.it/L190.html> ) l'azienda ULSS n. 8 di Asolo risulta, anche per l'anno 2016, completamente adempiente (esito accesso "SUCCESSO"): risultato questo ancor più rilevante dato che, da quanto si riesce ad evincere dal detto sito, solo il 49% delle amministrazioni "monitorate" al 22 aprile 2015 (n. 294 su n. 600) era adempiente ( = esito accesso "SUCCESSO") (**allegato n. 5 e allegato n. 6**).

Nel corso del 2016 il Responsabile della trasparenza ha provveduto ad analizzare, chiarire e condividere con i servizi competenti alcuni punti poco chiari relativi agli adempimenti di pubblicazione dei dati.

In particolare, accogliendo la segnalazione dell'OIV, si è provveduto a collocare nella sezione "Enti di diritto privato controllati" – "Enti controllati" del sito "Amministrazione Trasparente" la pubblicazione dei dati relativi al Consorzio Arsenal.it (al quale l'ULSS n. 8 di

Asolo aderisce, come le altre aziende ULSS, con una la quota di partecipazione pari al 4,3478%) che, precedentemente, erano pubblicati nella sezione “*Società e Consorzi Partecipati*” – “*Enti controllati*” del sito “*Amministrazione Trasparente*”.

Inoltre, in attuazione di quanto “chiarito” dalla delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 dell’ANAC “*interpretazione e applicazione del decreto legislativo n.39/2013 nel settore sanitario*” ed adeguandosi alla prassi seguita dalla maggior parte delle azienda sanitarie del Veneto, si è continuata la pubblicazione delle dichiarazioni di “*incompatibilità ed inconferibilità*” esclusivamente per i Direttori della Direzione Generale (Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo, Sociale e della unzione territoriale) come prescritto dal punto n. 2 del citato provvedimento.

Il livello generale di adempimento degli obblighi informativi può ritenersi soddisfacente, considerata la clausola di invarianza finanziaria contenuta nella normativa in esame “*senza ulteriori oneri a carico dell’amministrazione*”.

Ad avviso dello stesso Responsabile della trasparenza risulta, in particolare, problematico e complesso adottare azioni di miglioramento con riferimento alla sotto sezione di livello 1 Attività e procedimenti anche tenuto conto delle limitate risorse (conseguente i vincoli assuntivi del personale e di bilancio) a disposizione delle unità operative coinvolte (unità operative dei servizi generali e RPC) come già evidenziato da ultimo nella “relazione annuale 2015 in materia di prevenzione della corruzione” (cfr. punto 1D).

## **5. Utilizzo della posta elettronica certificata**

La posta elettronica certificata, prevista dal Codice dell’Amministrazione Digitale (art. 6, comma 1, del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82) risulta funzionante per le comunicazioni con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti.

L’indirizzo di posta elettronica certificata – [protocollo@pec.ulssasolo.ven.it](mailto:protocollo@pec.ulssasolo.ven.it) – è raggiungibile dalla homepage del portale aziendale attraverso il link riportato a fondo pagina sia in apposita sezione (Home » Legal » Posta elettronica certificata)..

## **6. Carta dei servizi, funzione di informazione, accoglienza e tutela**

La Carta dei servi socio sanitari dell’ULSS – strumento fondamentale per garantire agli utenti, per il tramite dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico, le funzioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione e per dichiarare specifici standard di qualità – è stata implementata in modo significativo anche ai fini di una maggiore accessibilità alle informazioni, secondo un’architettura che prevede le seguenti sotto-sezioni tematiche:

1. struttura organizzativa e personale;
2. prestazioni (con ricerca per indice alfabetico o libera);
3. servizi e percorsi di cura.

## **7. Formazione in tema di trasparenza e integrità**

Considerata l’importanza cruciale della formazione nell’ambito della prevenzione della corruzione e nella sensibilizzazione dei dipendenti sulle responsabilità connesse all’esercizio delle proprie funzioni con ricadute sull’azione generale e sull’organizzazione dell’azienda sanitaria in

materia di trasparenza e integrità, completata la formazione prevista dal Piano Formativo Aziendale 2014, nel corso del 2015 è stato predisposto (deliberazione n. 1409 del 10 dicembre 2015, approvazione piano formativo aziendale anno 2016) quanto necessario a realizzare nel 2016 un ulteriore percorso formativo con modalità di Formazione a Distanza (FAD) che ha coinvolto circa 30 dipendenti; inoltre, sin da giugno 2015, questa azienda ha aderito all’iniziativa “Progetto Valore P.A.” dell’INPS per la formazione, tra l’altro, di n. 5 dipendenti con la partecipazione ad un corso particolarmente qualificato (della durata di 40 ore) in materia di anticorruzione e trasparenza, che è stato realizzato nei primi 6 mesi del 2016.

Nell’anno 2016, infine, l’Azienda ha svolto, nei confronti del personale dipendente (compreso il RPC e i suoi collaboratori), la seguente attività di formazione particolarmente qualificata:

<b>Data</b>	<b>Organizzatore</b>	<b>Titolo</b>	<b>N. Partecipanti</b>	<b>Tipo</b>
28.10.2016	ULSS 9 Treviso	La Prevenzione della Corruzione in rapporto al nuovo codice dei contratti d.lgs 50/2016	4	Aula
4.11.2016	ULSS 9 Treviso	La Prevenzione della Corruzione con focus anche su incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi	6	Aula
4.11.2016	Fondazione Scuola Sanità Pubblica	Strumenti di gestione del rischio per Responsabili della Prevenzione della Corruzione e Referenti della Funzione di Controllo Interno	3	Aula
11.11.2016	Fondazione Scuola Sanità Pubblica	Acquisti e appalti in sanità: il D.Lgs. 50/2016 alla luce del Piano Nazionale Anticorruzione 2016	2	Aula
12.12.2016	Fondazione Scuola Sanità Pubblica	Il ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza alla luce del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016	2	Aula

## **8. Codice di comportamento dei dipendenti pubblici**

L’emanazione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” ha rappresentato la terza edizione sul tema della condotta etica dei pubblici dipendenti, dopo l’edizione del 1994 (DM 31.3.1994) e l’edizione del 2000 (DM 28.11.2000).

Il nuovo Codice differisce notevolmente dai due precedenti perché:

- recepisce i principi sulla lotta alla corruzione e alla illegalità;
- è direttamente applicabile ex lege in modo imperativo e inderogabile secondo l’impostazione di diritto pubblico, diversamente dai precedenti che dovevano essere recepiti nei contratti collettivi di lavoro.

Innovazioni assolute sono le norme sulla prevenzione della corruzione (art. 8) e sulla trasparenza e tracciabilità (art. 9), per cui il dipendente assicura l’adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell’elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all’obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

Conseguentemente è dovere del dipendente pubblico assumere atteggiamenti leali e trasparenti e adottare comportamenti esemplari e imparziali nel rapporto di lavoro.

In questo quadro normativo l'azienda ULSS aveva già provveduto nel 2014 – ai sensi dell'art. 1, comma 2, del DPR 62/2013 – alla stesura del codice aziendale di comportamento dei dipendenti secondo le linee guida contenute nella delibera CIVIT n. 75/2013, alla sua formale adozione con provvedimento del Direttore Generale (deliberazione 418 del 10 aprile 2014), alla sua pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” ed alla comunicazione a tutti i direttori e responsabili dei servizi aziendali.

## **9. Tutela del dipendente che segnala illeciti (c.d. whistleblower)**

Nel corso del 2016 l'Azienda ha realizzato un modulo informatizzato (nel sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Segnalazione-Condotte-Illecite-whistleblower>) che consente la raccolta e delle segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti e/o collaboratori. Il modulo permette di generare una segnalazione che consegna le informazioni esclusivamente al RPC dell'Azienda Ulss 8 e consente la protezione dell'identità del segnalante (**allegato n. 7**).

L'Azienda ha, inoltre, realizzato modello, pubblicato nel sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.ulssasolo.ven.it/Legal/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Dati-ulteriori/Segnalazione-Condotte-Illecite-whistleblower>, che consente di effettuare segnalazioni in forma cartacea garantendo, con l'adozione di opportuni provvedimenti organizzativi, la protezione dell'identità del segnalante.

## **10. Organi e Organismi**

L'Azienda ha censito i propri organi ed organismi (Collegio dei Sanitari, Comitato Etico per la pratica clinica) ed ha provveduto a pubblicare, in un'apposita sezione del sito internet aziendale, le informazioni relative a: composizione, durata, funzioni, ecc..

## **Risultati di performance organizzativa**

L'oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito delle schede di programmazione e budgeting (risultati gestionali), tenendo presente quanto stabilito dall'Azienda con il Piano triennale di valutazione degli obiettivi e con il Documento di Direttive, nel rispetto dei vincoli gestionali e di bilancio stabiliti a livello Regionale.

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 dalla documentazione fornita dai responsabili delle singole unità operative.

Di seguito si presentano le schede con i punteggi raggiunti dalle unità operative delle strutture aziendali suddivise tra Ospedale, Distretto socio-sanitario, Dipartimento di Prevenzione e Servizi generali.

## Riepilogo punteggi schede di budget 2016 – Consuntivo 2016

### Ospedale

Descrizione CdR	Budget	Consuntivo
<b>Dipartimento chirurgico</b>		
UOC Chirurgia generale CF	100	86
UOC Chirurgia generale MB	100	88
UOC Ortopedia e traumatologia CF	100	77
UOC Ortopedia e traumatologia MB	100	67
UOC Otorinolaringoiatria	100	82
UOC Urologia	100	84
UOC Oculistica	100	85
UOC Chirurgia maxillo-facciale	100	86
UOSD Chirurgia vascolare	100	79
UOC Breast Unit	100	87
UOSD Chirurgia ambulatoriale oculistica	100	91
<b>Dipartimento di medicina clinica 1</b>		
UOC Medicina generale CF	100	87
UOC Nefrologia	100	96
UOC Neurologia	100	84
UOC Oncologia	100	92
UOC Gastroenterologia	100	90
UOC Angiologia	100	87
UOC Ematologia	100	93
UOSD Diabetologia	100	89
<b>Dipartimento di medicina clinica 2</b>		
UOC Geriatria	100	85
UOC Medicina generale MB	100	92
UOC Pneumologia	100	90
<b>Dipartimento di area critica</b>		
UOSD Accettazione e pronto soccorso CF	100	92
UOC Accettazione e pronto soccorso MB	100	96
UOC Cardiologia CF	100	80
UOC Cardiologia MB	100	88
UOC Anestesia e rianimazione CF	100	93
UOC Anestesia e rianimazione MB	100	90
UOSD Terapia del dolore	100	90
<b>Dipartimento dei servizi di diagnosi e cura</b>		
UOC Laboratorio analisi	100	94
UOC Anatomia patologica	100	89
UOC Radiologia CF	100	97
UOC Radiologia MB	100	94
UOC Medicina nucleare	100	96
<b>Dipartimento materno infantile</b>		
UOC Ostetricia e ginecologia	100	91
UOSD Ostetricia e ginecologia CF	100	86
UOC Pediatria	100	83
UOSD Pediatria CF	100	93

Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio		
UOC Recupero e riabilitazione funzionale	100	81
UOSD Lungodegenti CF	100	98
UOSD Lungodegenti MB	100	94
Dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale		
UOC Medicina Trasfusionale	100	100
Altre unità operative		
UOC Farmacia ospedaliera	100	93
UOC Direzioni mediche	100	95

### **Distretto socio-sanitario**

Descrizione CdR	Budget	Consuntivo
UOC Direzione di distretto	100	100
UOC Cure palliative e domiciliari	100	100
UOC Cure primarie	100	100
UOC Attività specialistiche	100	97
UOC Servizio di Neuropsichiatria infantile	100	94
UOC Infanzia Adolescenza Famiglia	100	100
UUOO Dipartimento salute mentale	100	100
UOC Servizio dipendenze	100	93
UOSD Disabilità	100	100
UOS di Staff Servizio Amministrativo distrettuale	100	88
UOC Servizio farmaceutico territoriale	100	85

### **Dipartimento di prevenzione**

Descrizione CdR	Budget	Consuntivo
Direzione del dipartimento di prevenzione	100	96
UOC Servizio di igiene e sanità pubblica	100	100
UOSD Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione	100	99
UOC Servizio di prevenzione igiene e sicurezza ambienti di lavoro	100	96
UOC Servizio sanità animale	100	97
UOSD Servizio igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati	100	99
UOC Servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	100	99

### **Area professionale, tecnica e amministrativa e unità di staff**

Descrizione CdR	Budget	Consuntivo
Dipartimento risorse economiche e organizzative	100	95
Dipartimento risorse tecniche	100	95
UOS Formazione	100	76
UOS Relazioni con il pubblico	100	100
UOC Qualità, autorizzazione e accreditamento	100	97

Servizio infermieristico	100	98
UOS Servizio di prevenzione e protezione	100	100
UOS Servizio di medicina preventiva dei lavoratori	100	99
UOS Fisica sanitaria	100	96

## **Risultati di performance individuale**

L'ULSS 8, 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.

Al fine di rendere più spedita la procedura di valutazione individuale annuale della performance individuale, è stato attivato un sistema telematico di redazione della scheda di valutazione.

Il nuovo sistema di valutazione è stato avviato nel 2014 in via sperimentale per poi trovare nei due anni successivi piena applicazione con la definizione e assegnazione ad inizio anno degli obiettivi da raggiungere e, successivamente, con la compilazione telematica delle schede di valutazione individuale per tutto il personale della dirigenza e del comparto e incidenza della stessa sulla retribuzione incentivante secondo quanto deciso in sede di contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali di categoria.

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 anche nella valutazione periodica degli incarichi da parte dell'organismo professionale specifico (Collegio Tecnico per la dirigenza del ruolo sanitario) in coerenza con le norme contrattuali vigenti.

## **Risorse disponibili per area contrattuale**

Vengono di seguito evidenziate le risorse economiche destinate nel 2016 alla retribuzione di risultato.

### **1. - Fondi risultato produttività 2016 – Dirigenza medica e veterinaria**

	totale	medici	veterinari
Importo fondo <b>risultato</b> deliberazione n. 709 del 24/6/2017	<b>1.274.422,26</b>	<b>1.176.435,20</b>	<b>97.987,06</b>

(dati aggiornati dopo l'elaborazione degli stipendi di maggio 2017 ed utilizzati per il conto annuale 2016)

Ai sensi dell'art. art. 52, c. 4 lett c) CCNL 8/6/2000 è confermata la possibilità di utilizzazione - anche temporanea - nel fondo per la produttività collettiva - di eventuali risparmi accertati a consuntivo nella gestione dei fondi di cui agli artt. 50 (Fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione) e 51 (Fondo per il trattamento accessorio legato a particolari condizioni di lavoro) del CCNL 8.6.2000 I biennio economico.



Totale	
Residuo fondo <b>posizione</b> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>361.409,32</b> il fondo posizione è unico per medici e veterinari. <i>quanto destinare ad integrazione della retribuzione di risultato dei medici e quanto ad integrazione della retribuzione di risultato dei veterinari va concordato al tavolo sindacale. Accordo non ancora siglato</i>
Residuo fondo <b>accessorio</b> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>165.885,77</b> il fondo trattamento accessorio è unico per medici e veterinari. <i>quanto destinare ad integrazione della retribuzione di risultato dei medici e quanto ad integrazione della retribuzione di risultato dei veterinari va concordato al tavolo sindacale. Accordo non ancora siglato</i>

## 2. Fondi risultato produttività 2016: Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (SPTA)

	dirigenza sanitaria	dirigenza PTA	dirigente professioni sanitarie
Importo fondo <b>risultato</b> deliberazione n. 1128 del 14/10/2016 e n. 1252 del 18/11/2016	<b>313.272,81</b>	<b>44.610,66</b>	<b>6.000,00</b>

(dati aggiornati dopo l'elaborazione degli stipendi di maggio 2017 ed utilizzati per il conto annuale 2016)

Ai sensi dell'art. art. 52, c. 4 lett c) CCNL 8/6/2000 è confermata la possibilità di utilizzazione - anche temporanea - nel fondo per la produttività collettiva - di eventuali risparmi accertati a consuntivo nella gestione dei fondi di cui agli artt. 50 (Fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione) e 51 (Fondo per il trattamento accessorio legato a particolari condizioni di lavoro) del CCNL 8.6.2000 I biennio economico.



	dirigenza sanitaria	dirigenza PTA	dirigente professioni sanitarie
Residuo fondo <b>posizione</b> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>20.957,61</b>	<b>54.234,65</b>	<b>27,33</b>
Residuo fondo <b>trattamento accessorio</b> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>3.943,66</b>	<b>1.335,41</b>	-

Per la dirigenza PTA si segnala l'art. 3 dell'accordo siglato in data 7/12/2016 (recepito con deliberazione n. 1445 del 21/12/2016), che di seguito si riporta:

*“Richiamate le già citate disposizioni degli artt. 50, comma 5, e 52, comma 4, lett. c) del CCNL 8 giugno 2000, le parti concordano di destinare i residui che saranno accertati a consuntivo nella gestione dei seguenti fondi contrattuali di competenza anno 2016:*

*- fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa;*

*- fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro;*

*Ad integrazione del fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale dello stesso anno 2016, per l'adeguamento del saldo calcolato secondo la metodologia stabilita con accordo del 21 dicembre 2015, recepito con deliberazione n. 1526 del 30 dicembre 2015, senza l'applicazione del 3° comma dell'art. 2, riferito agli incarichi ad interim.*

*Le parti concordano altresì che due mensilità sul fondo di posizione 2016 non erogate per effetto dall'aspettativa del Direttore UOC Provveditorato ed Economato che a decorrere dal 1° settembre 2016 svolge funzioni di Direttore Amministrativo, vengono assegnate alla Direzione Generale per il riconoscimento di specifiche attività iniziate nel corso dell'anno 2016.*

*I residui complessivi dell'anno 2016 saranno comunque accertati con atto formale dell'Amministrazione e comunicati alle OO.SS.*

### 3. Fondi risultato produttività 2016: area comparto

	comparto
Importo fondo <b>produttività</b> deliberazione n. 704 del 14/4/2017	<b>3.435.113,96</b>
- di cui risorse art. 30, comma 3, del CCNL 19/4/2004: risorse per progettualità con finanziamento esterno (pubblico o privato) - vedi risorse "variabili" tab. 15 CA 2016	<b>125.675,21</b>
Importo <b>fondo produttività</b> deliberazione n. 704 del 14/4/2017 - solo risorse "fisse" (vedi tab. 15 CA 2016)	<b>3.309.438,75</b>

(dati aggiornati dopo l'elaborazione degli stipendi di maggio 2017 ed utilizzati per il conto annuale 2016)

Ai sensi dell'art. 30 comma 5 del CCNL 19/4/2004 è confermata la regola che, ove a consuntivo i fondi degli artt. 29 (Fondo per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno) e 31 (Fondo per il finanziamento delle fasce retribuite, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica) non risultino momentaneamente del tutto utilizzati, le relative risorse sono temporaneamente assegnate al fondo di cui al presente articolo per l'attuazione delle sue finalità. Tali risorse sono riassegnate ai fondi di pertinenza dal gennaio dell'anno successivo e, pertanto, non si storicizzano nel fondo della produttività.

	comparto
Residuo fondo <u>fasce</u> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>138.779,68</b>
Residuo fondo <u>trattamento disagio</u> accertato dopo gli stipendi di maggio 2017	<b>338.047,64</b>

Si segnala l'art. 2 dell'accordo siglato in data 4/5/2017, sulla base dell'ipotesi stipulata il 21/12/2016, che prevede la destinazione dei residui fondi 2016 all'adeguamento del saldo produttività calcolato secondo la metodologia stabilita con accordo del 18/11/2015, recepito con deliberazione n. 1334 del 26/11/2015

### Esito delle valutazioni individuali

Il processo di valutazione ha interessato 2.521 dipendenti di cui 38 dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa, 434 dirigenti con incarichi di altre tipologie e 2.047 dipendenti appartenenti all'area contrattuale del comparto.

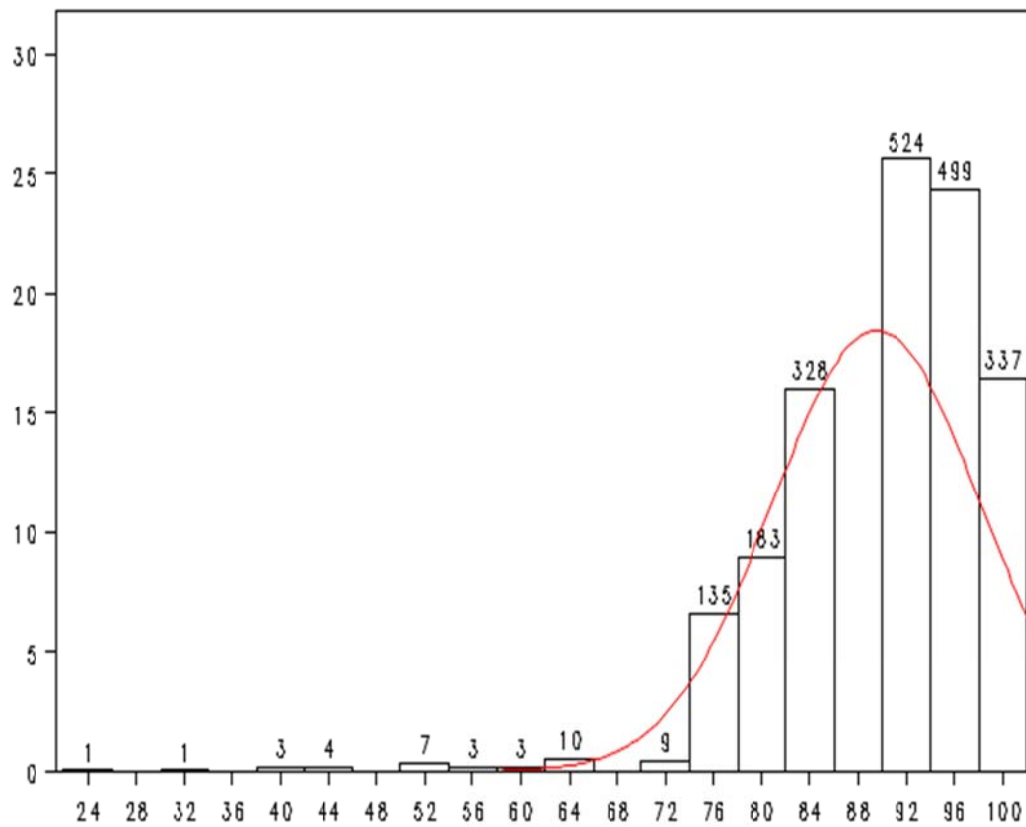
Al fine di rappresentare un quadro complessivo di tale operazione, si riportano le seguenti tabelle riepilogative che descrivono, suddivise per area contrattuale e per struttura dell'azienda, la quantità di personale interessato, la valutazione media, minima e massima (Tabella 1.1, Grafici 1.1-1.3), e la distribuzione per classi di produttività erogabile (Tabelle 1.2 – 1.4).

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

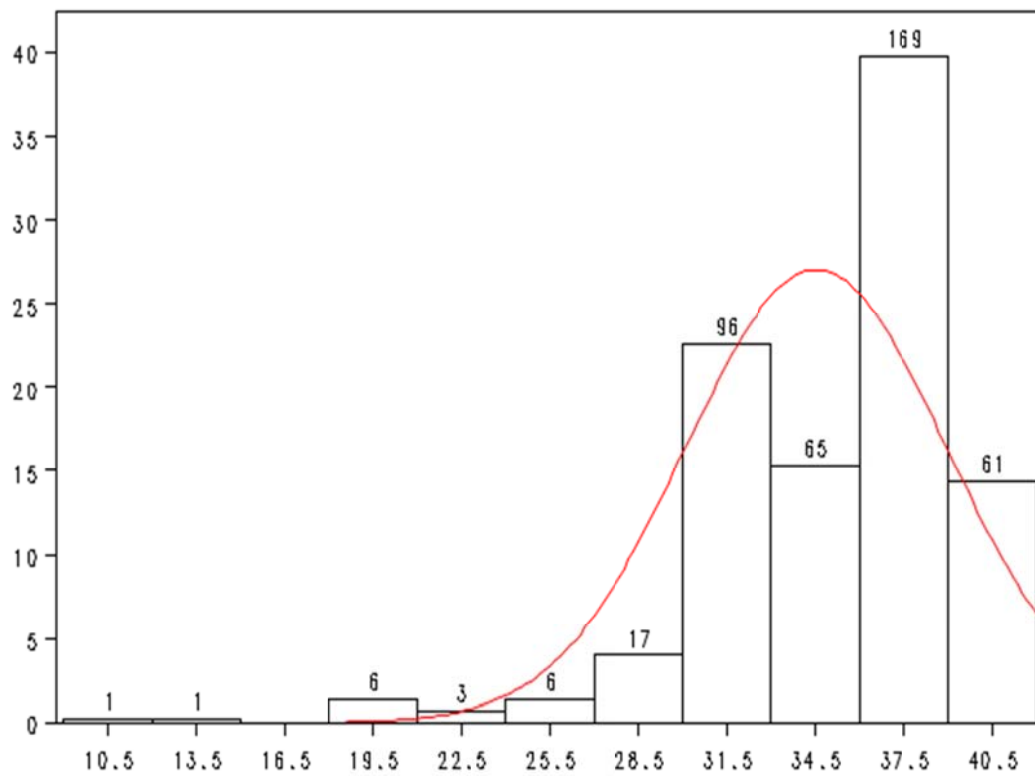
Struttura operativa	Area contrattuale	Numero valutati	Media punti	Minimo	Massimo
<b>Comparto (da 25 a 100 punti)</b>					
Distretto Socio-sanitario	Comparto	362	91,10	50	100
Ospedale	Comparto	1490	88,62	25	100
Dipartimento di Prevenzione	Comparto	76	89,21	75	100
Area PTA e unità di staff	Comparto	118	96,14	50	100
<b>Dirigenza (da 10 a 40 punti)</b>					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza Sanitaria Medica	39	36,87	22	40
	Altra Dirigenza	16	39,62	38	40
Ospedale	Dirigenza Sanitaria Medica	318	33,55	10	40
	Altra Dirigenza	15	38,93	36	40
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza Sanitaria Medica	30	35,73	34	38
	Altra Dirigenza	1	38,00	38	38

Area PTA e unità di staff	Dirigenza Sanitaria Medica	2	40,00	40	40
	Altra Dirigenza	3	40,00	40	40
<b>Direttori (da 6 a 42 punti)</b>					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza Sanitaria Medica	7	39,42	36	42
	Altra Dirigenza	3	39,33	38	40
Ospedale	Dirigenza Sanitaria Medica	32	38,62	34	42
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza Sanitaria Medica	4	40,00	40	40
Area PTA e unità di staff	Dirigenza Sanitaria Medica	-	-	-	-
	Altra Dirigenza	-	-	-	-

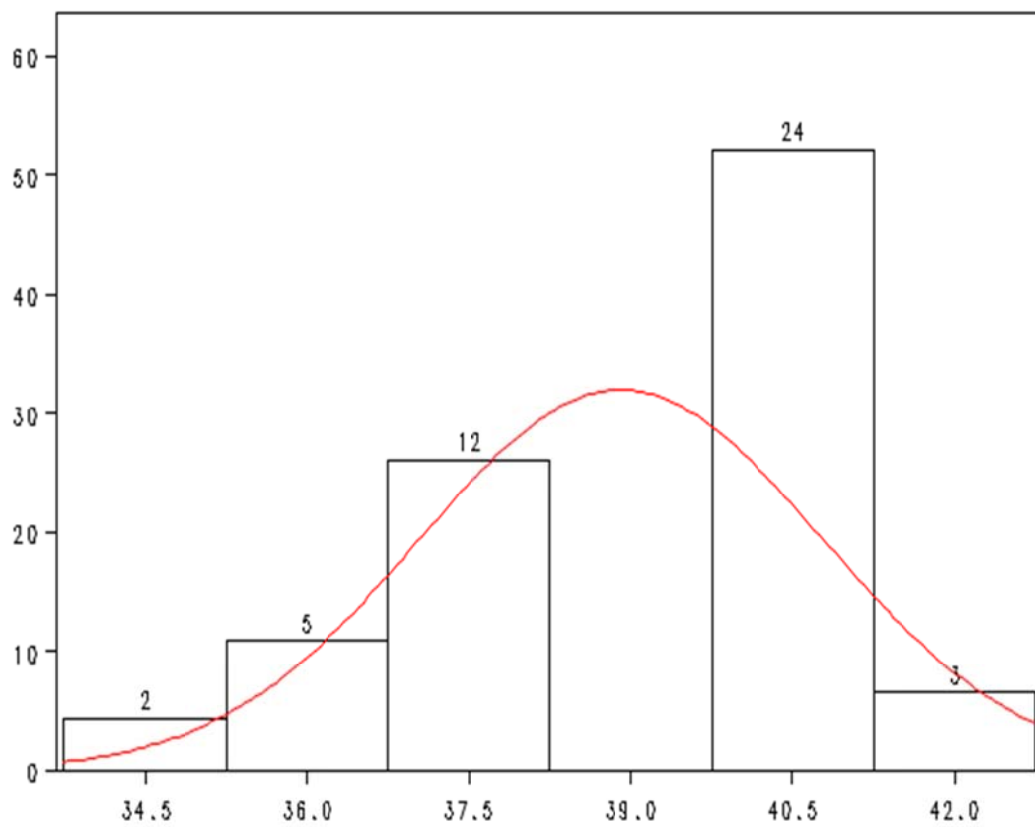
**Grafico 1.1 Distribuzione dei punteggi area Comparto**



**Grafico 1.2 Distribuzione dei punteggi area Dirigenza**



**Grafico 1.3 Distribuzione dei punteggi area Direttori di UOC e UOSD**



**Tab. 1.2 – Risultati in valore assoluto per area comparto**

Struttura	% di produttività erogabile			Totale valutati
	0%	75%	100%	
Distretto Socio-sanitario		5	357	362
Ospedale	9	24	1.458	1.491
Dipartimento di Prevenzione			76	76
Area PTA e unità di staff		3	115	118
<b>Totale</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>2.006</b>	<b>2.047</b>

**Tab. 1.3 – Risultati in valore assoluto per area dirigenti con incarichi di altre tipologie**

Struttura	% di produttività erogabile			Totale valutati
	0%	75%	100%	
Distretto Socio-sanitario		2	53	55
Ospedale	3	29	302	334
Dipartimento di Prevenzione			31	31
Area PTA e unità di staff			5	5
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>391</b>	<b>425</b>

**Tab. 1.4 – Risultati in valore assoluto per area dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o di struttura semplice dipartimentale**

Struttura	% di produttività erogabile			Totale valutati
	0%	75%	100%	
Distretto Socio-sanitario			10	10
Ospedale			32	32
Dipartimento di Prevenzione			4	4
Area PTA e unità di staff			0	0
<b>Totale</b>			<b>46</b>	<b>46</b>

## **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 € 58.306.764,05 su un totale di pagamenti effettuati nel corso del 2016 pari ad € 230.512.869,27.

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

<b>Totale pagamenti dopo scadenza</b>	<b>58.306.764,05</b>	<b>100,00%</b>
pagati entro 30 gg dalla scadenza	36.970.707,20	63,41%
pagati entro 60 gg dalla scadenza	11.929.386,64	20,46%
pagati entro 90 gg dalla scadenza	1.828.343,80	3,14%
pagati entro 120 gg dalla scadenza	5.057.488,93	8,67%
pagati oltre 120 gg dalla scadenza	2.520.837,48	4,32%

L'indicatore di tempestività dei pagamenti per l'anno 2016 è pari a -17,95 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 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 degli importi pagati nel corso del 2016.

Nel corso del 2016 si rileva un trend positivo dell'indicatore di tempestività dei pagamenti, che passa infatti dal -7,00 del primo trimestre al -25,01 del quarto trimestre, migliorando notevolmente anche le rilevazioni dell'anno precedente, a testimonianza del lavoro svolto a livello di riorganizzazione delle risorse e dei processi inerenti il ciclo passivo che ha permesso di raggiungere un buon livello di efficienza.

Tale miglioramento è riscontrabile anche nella tabella sopra riportata, relativa alla suddivisione dei pagamenti per scaglioni di ritardo, dalla quale si evince che la maggioranza dei pagamenti, seppur effettuati in ritardo, sono stati saldati entro i 30/60 giorni successivi la naturale scadenza del debito, per oltre l'80% delle somme pagate nell'anno 2016.

## **Il processo di redazione della relazione sulle performance**

Di seguito viene rappresentato il ciclo di gestione della performance con l'evidenza di tutte le azioni e i documenti che ne caratterizzano il funzionamento e la rispettiva tempistica.

### Livello istituzionale

#### Pianificazione pluriennale

Piano Socio Sanitario Regionale

#### Pianificazione annuale

DGRV Obiettivi assegnati ai Direttori generali

### Livello strategico

entro il 30 gennaio

#### Pianificazione triennale

Piano triennale di valutazione degli obiettivi

entro il 30 giugno

#### Valutazione annuale anno precedente

Relazione degli obiettivi

entro il 15 settembre

#### Valutazione annuale anno precedente

Validazione della Relazione degli obiettivi da parte dell'OIV

#### Pianificazione annuale

Documento di Direttive

### Livello operativo

entro il 1° trimestre

#### Pianificazione annuale

Obiettivi operativi organizzativi  
Schede di budget

entro il 31 agosto

#### Valutazione infra-annuale

Monitoraggio infra-annuale delle schede di budget

entro il 30 giugno

#### Valutazione annuale

Consuntivo

#### Pianificazione annuale

Obiettivi operativi individuali

#### Valutazione annuale

Compilazione delle schede di valutazione individuale