

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

**PIANO
DELLA PERFORMANCE
2019-2021**

e

Direttive per il budget 2019

Aggiornamento del 30 aprile 2019

Indice

Presentazione

- Cap. 1 L’Azienda ULSS 5 Polesana: LA STRUTTURA**
- a) La Direzione aziendale
 - b) Il Dipartimento di prevenzione
 - c) I Distretti e la Funzione territoriale
 - d) Il Dipartimento di salute mentale
 - e) Gli Ospedali e la Funzione ospedaliera
 - f) I Servizi professionali, tecnici e amministrativi
- Cap. 2 Gli obiettivi aziendali: L’INTEGRAZIONE**
- a) Sviluppo coordinato delle reti provinciali per l’assistenza
 - b) Unificazione dei servizi professionali, tecnici e amministrativi
 - c) Gestione coordinata delle risorse e dei fattori produttivi
 - d) Allineamento coordinato dei sistemi di gestione dei rischi
- Cap. 3 Gli obiettivi regionali: LA GOVERNANCE DEL SISTEMA**
- La DGRV 248/2019
 - Direttive per il budget 2019
- Cap. 4 Il ciclo della performance: LA TRASPARENZA**

Presentazione

Il “PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021” è lo strumento di programmazione operativa e di rendicontazione previsto per tutte le pubbliche amministrazioni.

L'anno 2019 sarà caratterizzato, oltre dall'implementazione dell'Atto aziendale dell'Azienda ULSS 5 Polesana, adottato a seguito dell'approvazione regionale con il Decreto 158/2017, anche dalla applicazione del “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023” e delle relative schede di programmazione ospedaliera.

L'Atto aziendale è un documento molto importante, perché riguarda le norme di organizzazione e di funzionamento dell'Azienda ULSS 5 Polesana, costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali e definisce il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale. L'Atto aziendale disciplina inoltre i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.

Il “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023”, in continuità e in evoluzione con il precedente, stressa maggiormente i concetti di trasversalità organizzativa, continuità dei processi assistenziali, presa in carico della cronicità, intensità di cura e sviluppo delle reti assistenziali.

La creazione della nuova Azienda ULSS 5 Polesana, orientata dal “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023”, rappresenta un vincolo e un'opportunità importanti per il sistema sanitario polesano, riassunti da un unico concetto: INTEGRAZIONE. Il 2019 e gli anni successivi dovranno essere spesi da tutti per continuare a integrare i processi assistenziali e quelli organizzativi, le equipe dei professionisti, le diverse sedi di erogazione, i professionisti dipendenti e quelli convenzionati, le strutture pubbliche e quelle private accreditate, le funzioni sanitarie e quelle socio-sanitarie.

Avere obiettivi in comune tra le strutture e i professionisti consentirà di allineare progressivamente i comportamenti assistenziali e gli assetti organizzativi, per garantire a tutta la popolazione della nostra provincia di Rovigo un'assistenza sicura ed efficace, utilizzando in maniera efficiente le risorse che la Regione ci mette a disposizione.

Dott. Fernando Antonio Compostella
Direttore generale dell'Azienda ULSS 5 - Polesana

Capitolo 1

L'Azienda ULSS 5 Polesana: LA STRUTTURA

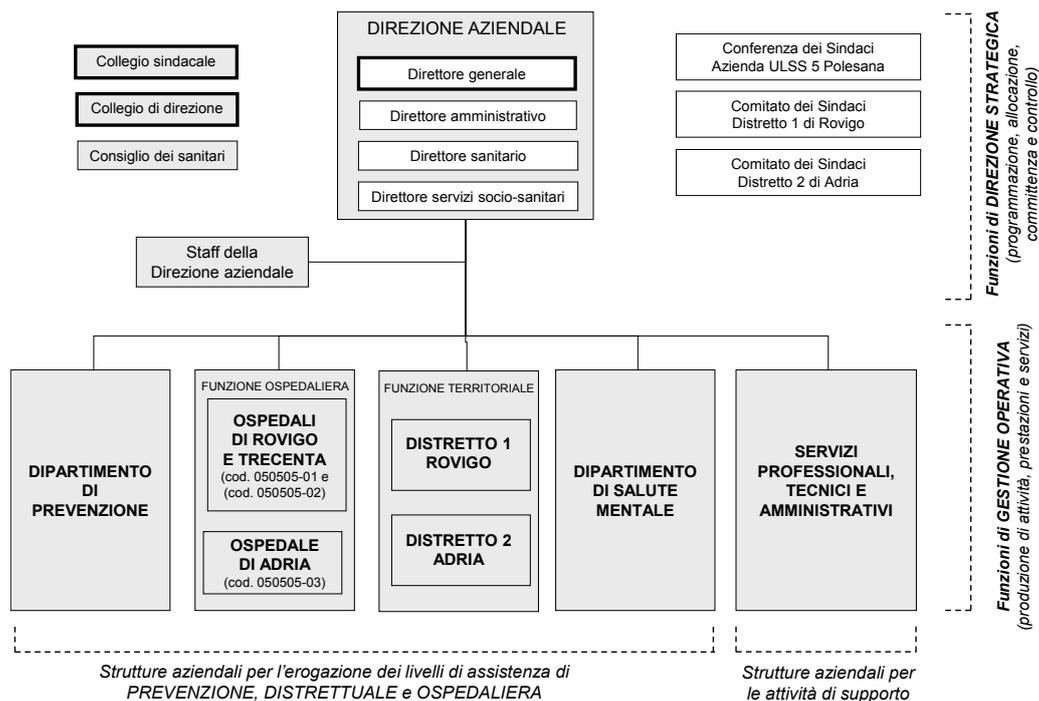
Con la Deliberazione 31 del 11 gennaio 2018 il Direttore generale ha adottato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda ULSS 5 Polesana, al termine di un complesso iter procedurale avviato dalla DGRV 1306/2017 e conclusosi con il Decreto regionale 158 del 29 dicembre 2017, con il quale il Direttore dell'Area Sanità e Sociale, a seguito della verifica di conformità ai principi e ai contenuti delle linee guida approvate con DGRV 1306/2017, ha disposto l'approvazione dell'Atto aziendale dell'Azienda ULSS 5.

Con successivi provvedimenti, si è provveduto nel corso del 2018 a coordinare il sistema degli incarichi dirigenziali con il nuovo assetto organizzativo.

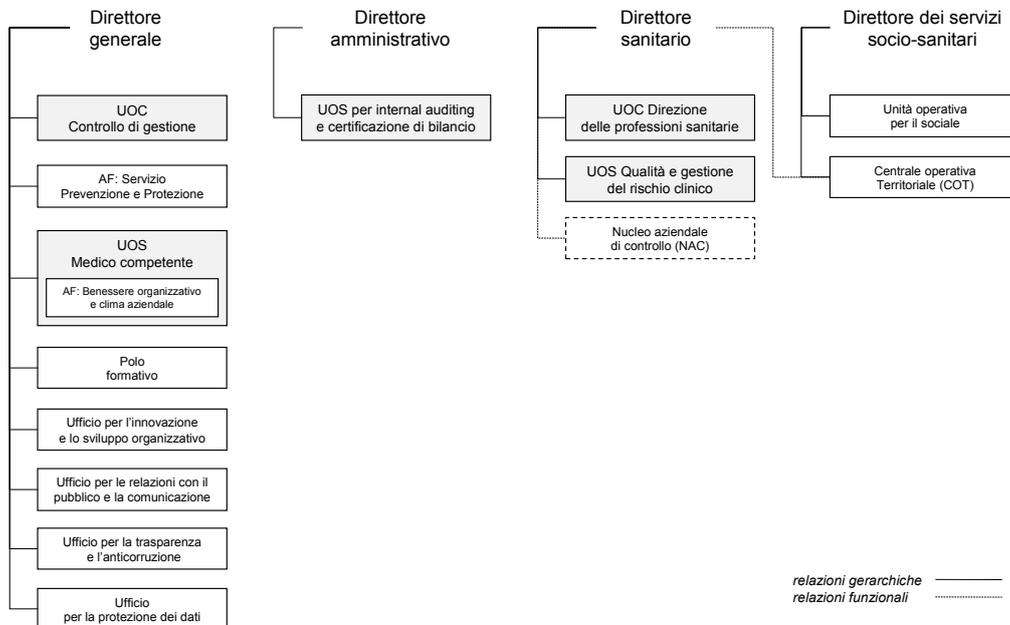
Di seguito viene sintetizzata l'attuale struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

a) La Direzione aziendale

In termini generali, le funzioni di direzione strategica (programmazione, allocazione, committenza e controllo) sono svolte dalla Direzione aziendale. Nell'esercizio delle proprie funzioni, la Direzione aziendale è supportata da uno staff composto da strutture operative e da referenti aziendali di specifici sistemi, processi e programmi. Le funzioni di gestione operativa sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione, dalla Funzione ospedaliera e dagli Ospedali, dalla Funzione territoriale e dai Distretti, dal Dipartimento di salute mentale e dai Servizi professionali, tecnici e amministrativi. Lo schema organizzativo generale dell'Azienda ULSS 5 Polesana è descritto nella figura seguente.



A supporto delle funzioni svolte dalla Direzione aziendale di indirizzo, pianificazione, coordinamento e controllo l'Atto aziendale prevede lo Staff della Direzione aziendale, composto da strutture (unità operative e altre articolazioni organizzative) e da referenze funzionali trasversali alle strutture aziendali. Le funzioni di staff sono state individuate sulla base dei seguenti criteri: normativa statale o regionale; supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance; trasversalità delle funzioni svolte; funzioni strategiche essenziali; garanzia di terzietà e indipendenza dall'organizzazione aziendale, per quanto possibile. L'articolazione dello Staff della Direzione aziendale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



Per garantire un funzionamento coerente tra il modello organizzativo verticale/gerarchico, proprio della Pubblica Amministrazione, e quello orizzontale/funzionale, necessario a garantire la missione aziendale in modo efficiente ed efficace e per soddisfare le attuali esigenze e aspettative delle parti interessate, l'Azienda ULSS 5 Polesana si articola secondo due paradigmi tra loro integrati:

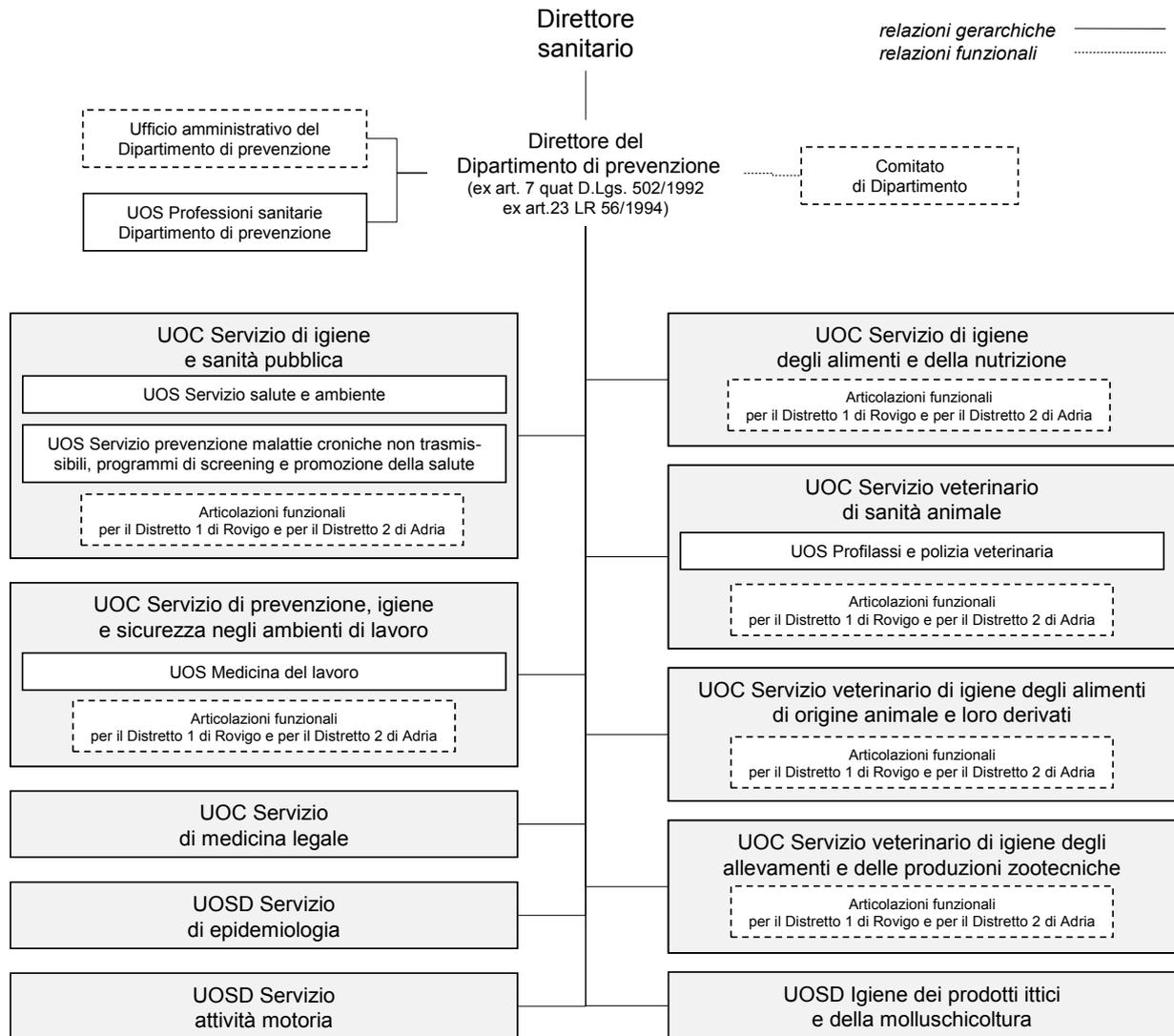
- la gestione delle articolazioni aziendali (approccio verticale / gerarchico);
- la gestione dei processi aziendali (approccio orizzontale / di coordinamento).

Le articolazioni aziendali sono segmenti organizzativi dell'ULSS 5, Polesana ai quali è affidata la gestione operativa delle risorse (persone, spazi, attrezzature, materiali, metodi e modelli organizzativi, ecc.). A seconda del mix di risorse gestite, le articolazioni aziendali sono caratterizzate da livelli diversi di complessità. Per processo aziendale si intende invece qualsiasi raggruppamento di attività correlate e interagenti tra di loro che, svolte da personale appartenente a una o più articolazioni aziendali, sono finalizzate a ottenere un obiettivo finale. A seconda della quantità di attività da svolgere, delle competenze necessarie, della numerosità delle persone e delle articolazioni coinvolte, della durata nel tempo e di altri fattori anche i processi possono essere caratterizzati da gradi diversi di complessità.

b) Il Dipartimento di prevenzione

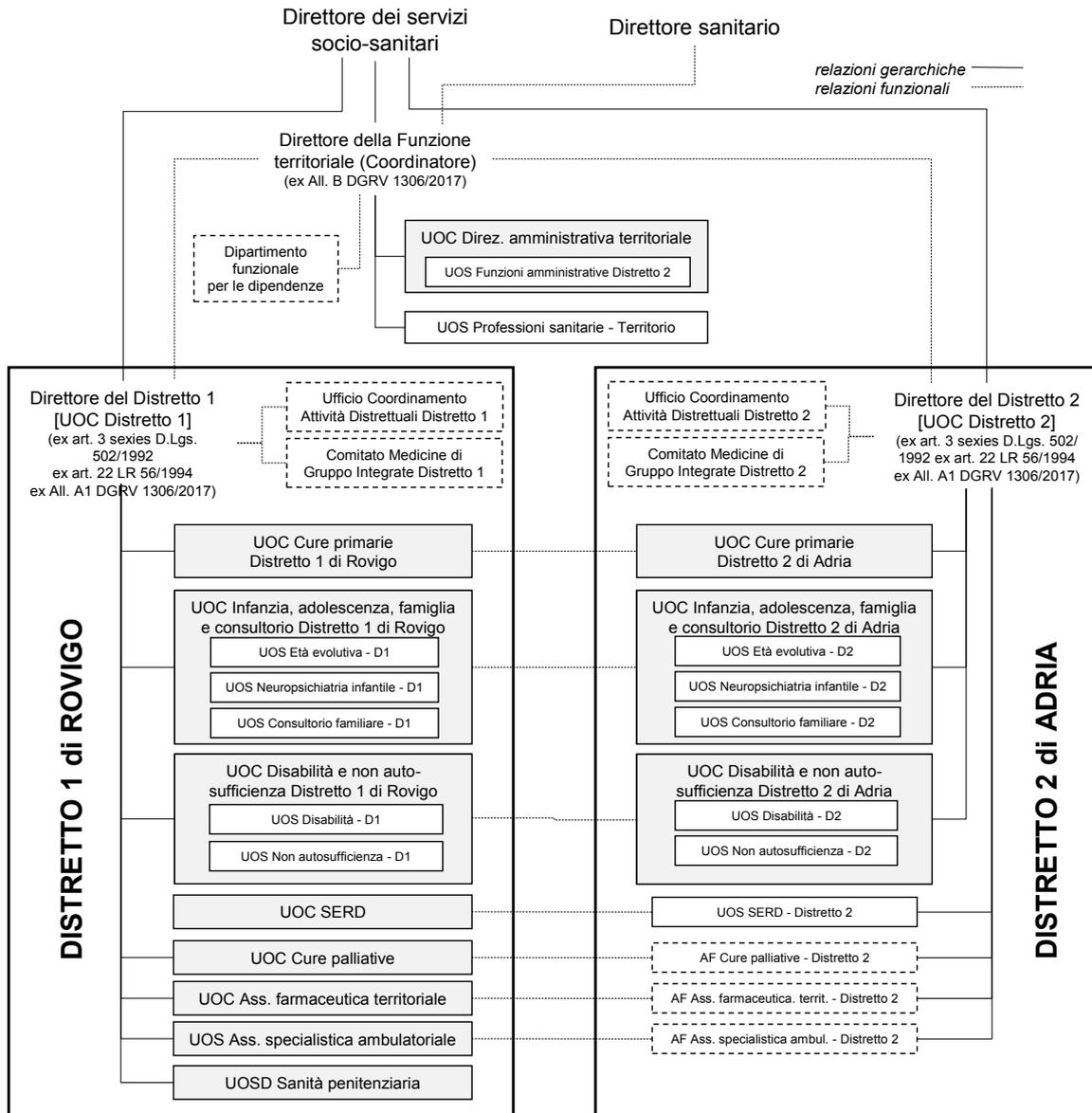
Ai sensi della LR 56/1994, il Dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale delle Aziende ULSS preposta a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, alimentari, legati alle condizioni di lavoro e correlati agli stili di vita, e che assicura l'erogazione del livello di assistenza "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

L'azione del Dipartimento di prevenzione è basata sui principi internazionali della Health Promotion (Promozione della salute), della Integrated Care (Assistenza integrata) e dell'Evidence Based Health Care (Assistenza sanitaria basata su prove di efficacia). Può essere impostata secondo i criteri dell'intervento diretto, oppure dello sviluppo e del coordinamento di iniziative intersettoriali, coinvolgendo le altre strutture aziendali, le altre strutture del SSSR e le altre componenti istituzionali e sociali della comunità che, a diverso titolo, possono essere coinvolte nella tutela della salute pubblica. L'articolazione del Dipartimento di prevenzione (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



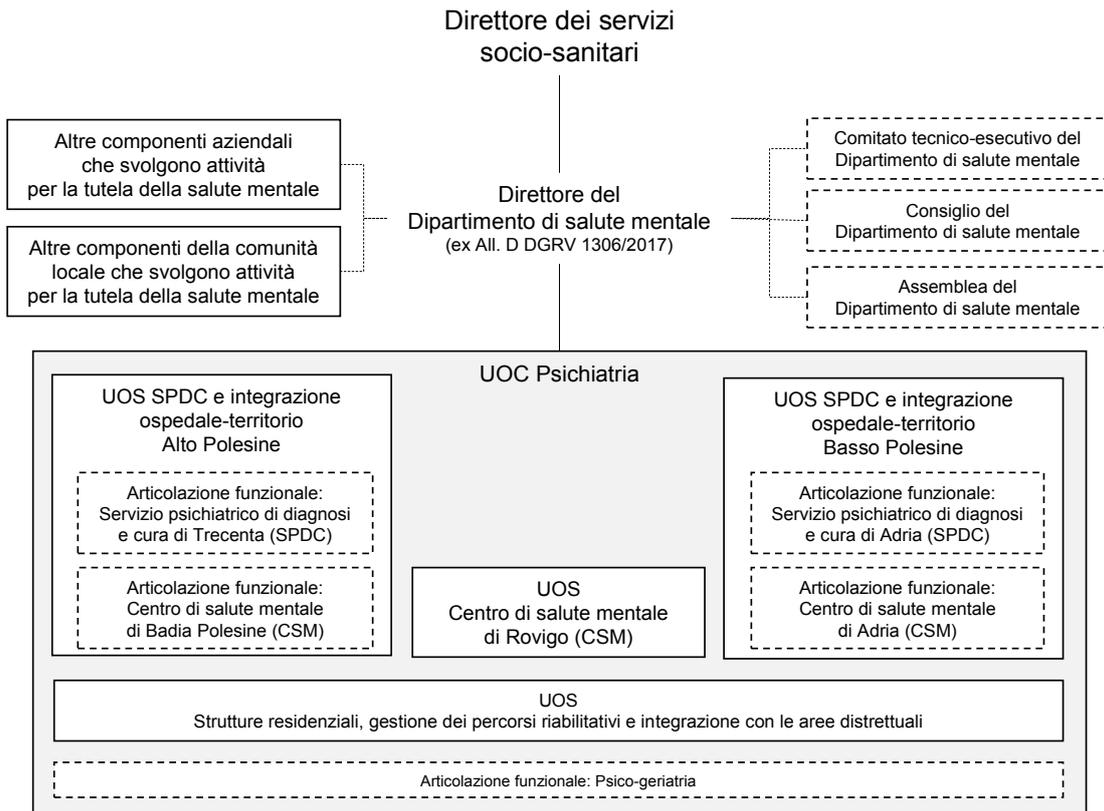
c) I Distretti e la Funzione territoriale

La Funzione territoriale dell'Azienda ULSS 5 Polesana è una articolazione aziendale composta dalle due strutture tecnico-funzionali denominate "Distretto 1 - Rovigo" e "Distretto 2 - Adria", da unità operative semplici e complesse e da altri organismi e articolazioni aziendali. La Funzione territoriale è deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. L'obiettivo generale della Funzione territoriale è quello di orientare il sistema distrettuale verso una unicità gestionale per garantire: unitarietà di approccio nella erogazione omogenea dei servizi; centralizzazione di alcune funzioni, per migliorare l'efficienza organizzativa; territorializzazione di altre funzioni per garantire equità di accesso ai servizi. L'articolazione dei Distretti e della Funzione territoriale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



d) Il Dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) dell’Azienda ULSS 5 Polesana è l’articolazione aziendale che rappresenta il riferimento e il garante clinico per la tutela della salute mentale del proprio bacino territoriale di riferimento. Si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale associato a patologia psichiatrica, concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio. Concorre, inoltre, a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e disturbo mentale che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale. Privilegia interventi personalizzati ed interviene primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità, valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato e degli Enti locali. L’articolazione del Dipartimento di salute mentale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



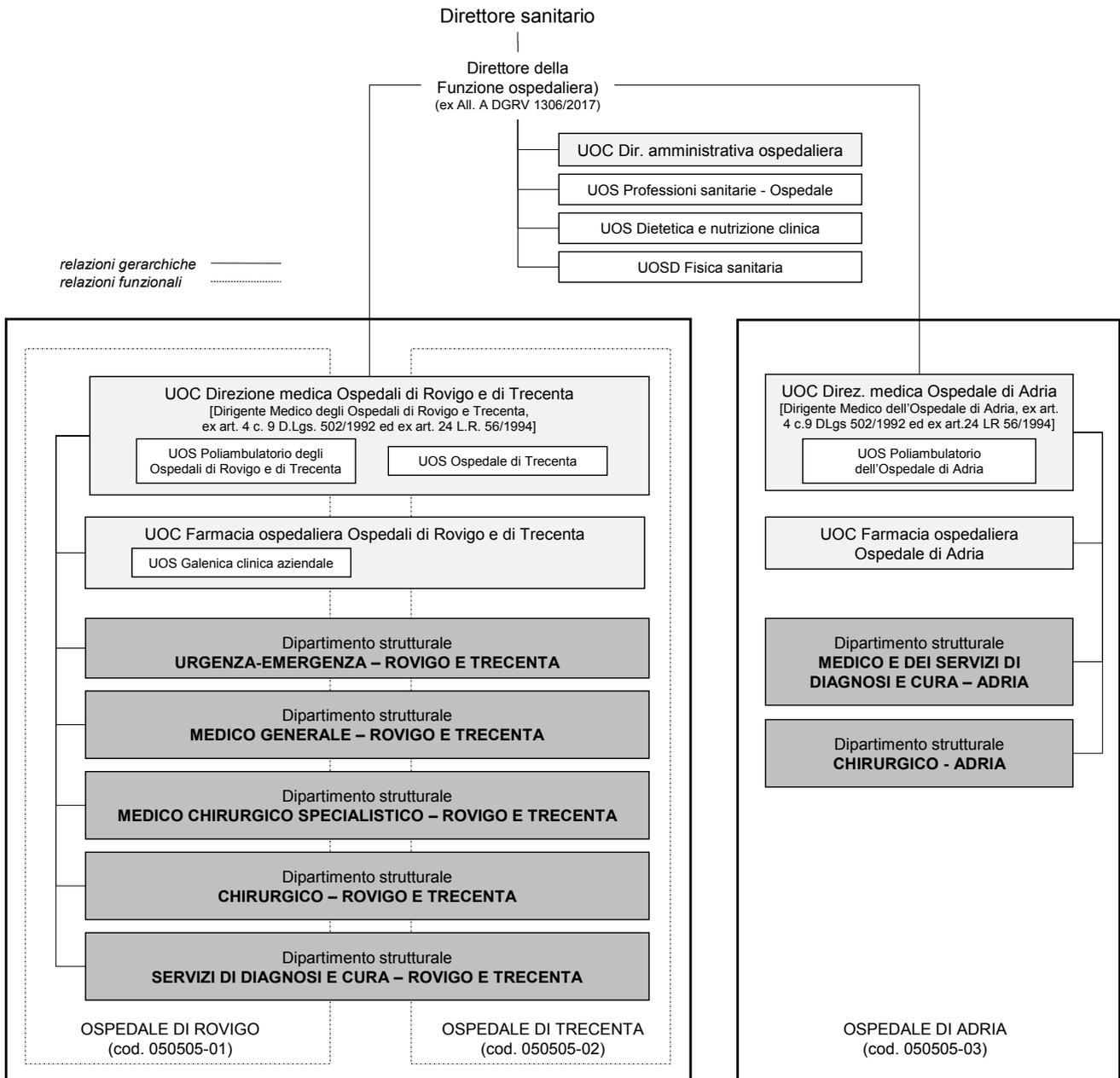
e) Gli Ospedali e la Funzione ospedaliera

La Funzione ospedaliera dell'Azienda ULSS 5 Polesana è una articolazione aziendale composta dalle due strutture tecnico-funzionali denominate "Ospedali di Rovigo e Trecenta" e "Ospedale di Adria", da unità operative semplici e complesse e da altri organismi e articolazioni aziendali. A loro volta, le due strutture tecnico-funzionali Ospedali sono articolate in dipartimenti strutturali ospedalieri.

L'obiettivo generale della Funzione ospedaliera è quello di orientare il sistema ospedaliero aziendale verso una unicità gestionale per garantire:

- un approccio omogeneo e integrato nella erogazione dei servizi ai cittadini;
- la centralizzazione di alcune funzioni e prestazioni assistenziali, per migliorare l'efficienza organizzativa e l'efficacia clinica, in sintonia con le attuali indicazioni del Piano Nazionale Esiti;
- il decentramento di altre funzioni e prestazioni assistenziali, per garantire equità e facilità di accesso ai servizi;
- lo sviluppo di un modello organizzativo che implementa il ruolo complementare e di integrazione svolto dalle strutture ospedaliere private accreditate all'interno della rete ospedaliera provinciale e regionale.

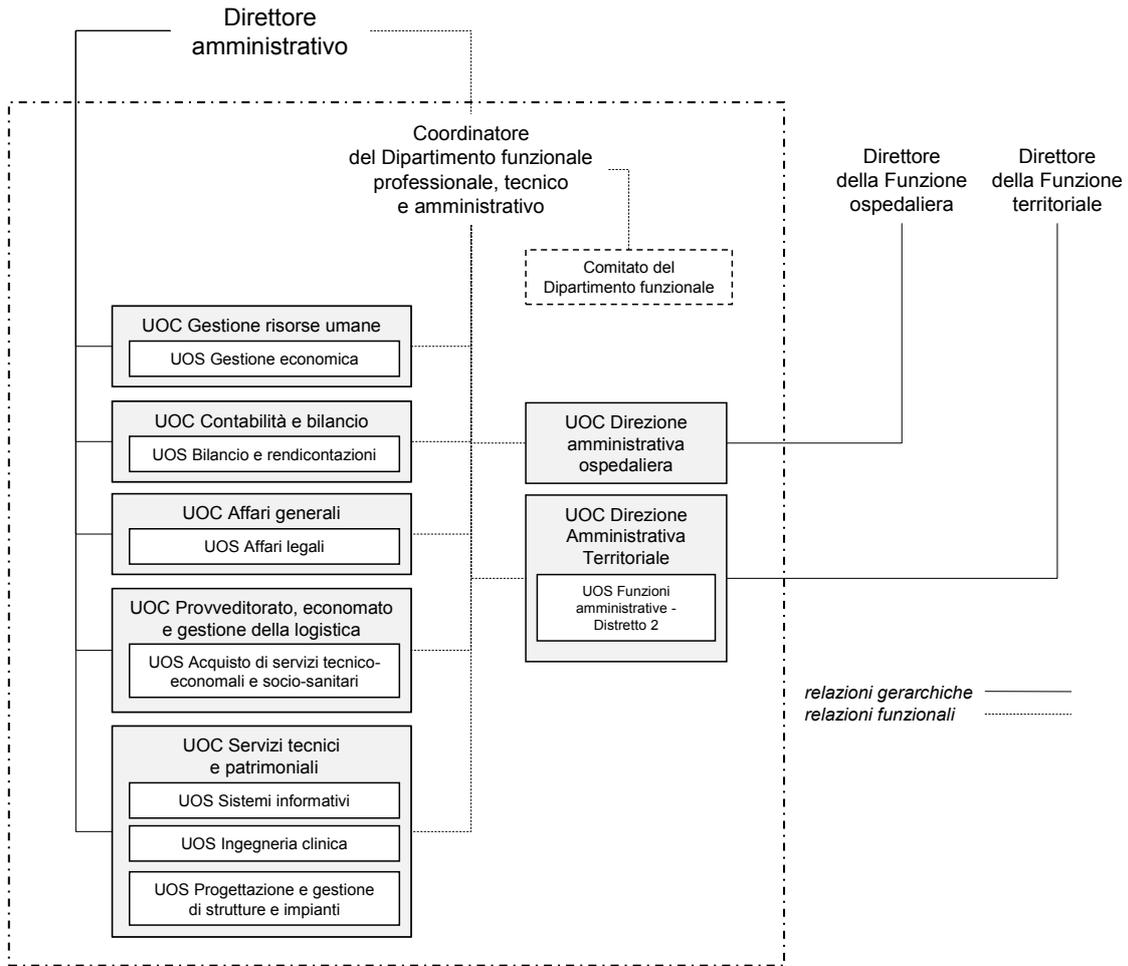
Per migliorare la gestione operativa dei processi aziendali complessi, alcune unità operative della Funzione ospedaliera fanno parte anche di specifici Dipartimenti funzionali (Dipartimento funzionale di riabilitazione, Dipartimento funzionale di oncologia clinica, Dipartimento funzionale materno infantile, Dipartimento funzionale trasfusionale, Dipartimento funzionale per le dipendenze, Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo). L'articolazione degli Ospedali e della Funzione ospedaliera (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



f) I Servizi professionali, tecnici e amministrativi

I Servizi professionali, tecnici e amministrativi sono le articolazioni aziendali deputate a svolgere le attività necessarie a sostenere l'erogazione dei livelli di assistenza.

Come previsto dalla DGRV 1306/2017, viene costituito il Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo, che esercita attività di supporto nei confronti della Direzione aziendale nonché di tutte le altre articolazioni aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni professionali, tecniche e amministrative e la massima integrazione delle risorse. È un dipartimento funzionale transmurale, perché aggrega anche la UOC Direzione amministrativa territoriale e la UOC Direzione amministrativa ospedaliera che, dal punto di vista gerarchico, appartengono rispettivamente alla Funzione territoriale e alla Funzione ospedaliera. L'articolazione dei Servizi professionali, tecnici e amministrativi (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



Capitolo 2

Gli obiettivi aziendali 2019-2021: L'INTEGRAZIONE

Insieme agli obiettivi regionali, gli obiettivi aziendali del triennio 2019-2021 sono finalizzati in modo peculiare a sviluppare l'Azienda ULSS 5, integrando processi assistenziali e quelli organizzativi, le equipe dei professionisti, le diverse sedi di erogazione, i professionisti dipendenti e quelli convenzionati, le strutture pubbliche e quelle private accreditate, le funzioni sanitarie e quelle socio-sanitarie.

Gli obiettivi aziendali possono essere ricondotti ai seguenti ambiti:

- a) sviluppo coordinato delle reti provinciali per l'assistenza;
- b) unificazione dei servizi professionali, tecnici e amministrativi;
- c) gestione coordinata delle risorse e dei fattori produttivi;
- d) aggiornamento coordinato dei sistemi di gestione dei rischi;

a) Obiettivi aziendali 2019-2021 per

LO SVILUPPO COORDINATO DELLE RETI PROVINCIALI PER L'ASSISTENZA

Il nuovo Atto aziendale ha ridefinito il modello organizzativo aziendale, mantenendo gerarchicamente separate alcune strutture delle precedenti Aziende ULSS (ospedali e distretti) e unificandone altre (prevenzione, salute mentale e servizi professionali, tecnici e amministrativi). In ogni caso, per garantire gli attuali livelli di assistenza, è necessario concentrarsi soprattutto sullo sviluppo delle reti provinciali per l'assistenza, sulle specifiche funzioni da garantire e sugli eventuali ruoli di coordinamento previsti dall'Atto aziendale.

La Regione del Veneto ha avviato da tempo innumerevoli reti assistenziali. Il "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023" ribadisce il ruolo delle RETI, sia per quanto riguarda i migliori esiti attesi sulla salute dei pazienti (per il coordinamento delle attività, la concentrazione delle competenze, la fluidità dei percorsi, ecc.) e sia per quanto riguarda il miglior impatto sull'utilizzo delle risorse (riduzione delle sedi, miglior gestione delle attrezzature, ecc.).

Alcune reti dovranno essere modellate sul principio "hub and spoke", per non disperdere la casistica e le competenze professionali, garantire elevati standard qualitativi e di sicurezza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, così come previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE). In altri casi, il modello di rete per l'assistenza dovrà essere diffuso, per garantire la capillarità di intervento sul territorio.

Elemento cardine nello sviluppo delle reti provinciali per l'assistenza è il concetto di integrazione, che va posto in essere in modo coordinato tra tutte le strutture interessate, tenendo conto dei percorsi dei pazienti per le varie necessità di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e palliazione:

- tra l’ospedale, il distretto, il dipartimento di prevenzione e la salute mentale;
- tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate;
- tra i diversi professionisti e le diverse discipline;
- tra i professionisti dipendenti e quelli convenzionati;
- tra il sanitario e il sociale;
- tra le sedi di erogazione;
- tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e le altre componenti della comunità (enti locali, volontariato, famiglie, ecc.).

a) I livelli di assistenza della prevenzione collettiva e della sanità pubblica

In ottemperanza alle specifiche indicazioni regionali per l’organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Aziende ULSS del Veneto, che hanno portato all’unificazione dei servizi delle ex ULSS 18 e 19, e in coerenza con quanto indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), gli obiettivi 2019-2021 per le nuove unità operative del Dipartimento di prevenzione dovranno essere finalizzati allo sviluppo delle seguenti aree di attività:

1. sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
2. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
3. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
4. salute animale e igiene urbana veterinaria;
5. sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
6. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
7. attività medico legali per finalità pubbliche.

I punti cardine che contraddistinguono il “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023” e che rappresentano le novità di rilievo nella programmazione regionale in materia di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio, possono così essere sintetizzati:

- superamento della logica dei “progetti” e sviluppo di “programmi”;
- programmazione per setting di vita;
- approccio per tutto il ciclo di vita (life-course);
- intersettorialità;
- contrasto alle diseguaglianze in salute;
- sviluppo delle attività di engagement.

b) I livelli di assistenza dell’assistenza distrettuale

In ottemperanza alle specifiche indicazioni regionali per l’organizzazione dei Distretti e dei Dipartimenti di salute mentale del Veneto, che hanno portato a una profonda revisione organizzativa, e in coerenza con quanto indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), gli obiettivi 2019-2021 per le unità operative dei Distretti e del Dipartimento di salute mentale dovranno essere finalizzati allo sviluppo delle seguenti aree di attività:

1. assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale e assistenza ai turisti;

2. assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate e attraverso i servizi territoriali e ospedalieri;
3. assistenza integrativa;
4. assistenza specialistica ambulatoriale;
5. assistenza protesica;
6. assistenza termale;
7. cure domiciliari;
8. assistenza alle persone detenute e internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
9. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone nella fase terminale della vita;
10. assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale, ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie;
11. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo;
12. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali;
13. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche;
14. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone non autosufficienti;
15. assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità.

Il punto essenziale che contraddistingue “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023” in materia di assistenza distrettuale è il nuovo modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, fondato sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall’ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell’erogazione dell’assistenza correlata al bisogno.

c) I livelli di assistenza dell’assistenza ospedaliera

In ottemperanza alle specifiche indicazioni programmatiche regionali, specificate anche con la DGRV 1527/2015 “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, gli obiettivi 2018-2020 per le unità operative degli Ospedali di Rovigo e Trecenta e dell’Ospedale di Adria dovranno essere finalizzati allo sviluppo delle seguenti aree di attività:

1. emergenza sanitaria territoriale;
2. pronto soccorso;
3. ricovero ordinario per acuti;
4. day surgery;
5. day hospital;
6. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
7. attività trasfusionali;
8. attività connesse al trapianto di cellule, organi e tessuti.

Il punto essenziale che contraddistingue il “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023” in materia di assistenza ospedaliera è la gestione dei percorsi dei pazienti in ospedale:

- il percorso dei pazienti acuti in Pronto Soccorso;
- il percorso dei pazienti “programmati”;
- il percorso dei pazienti cronici con frequenti episodi di riacutizzazione

d) Le reti provinciali per l’assistenza

L’integrazione tra le attività svolte per assicurare i livelli di assistenza stabiliti dalla normativa nazionale e regionale deve consentire nel triennio 2019-2021 di sviluppare ulteriormente e consolidare, in maniera trasversale tra le diverse articolazioni aziendali, le seguenti reti provinciali per l’assistenza previste dal “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023”:

reti per patologie tempo dipendenti, come definite nel DM 70/2015:

1. Rete emergenza/urgenza
2. Rete per le emergenze cardiologiche
3. Rete per il Trauma
4. Rete Ictus

altre reti:

5. Trapianti di organi e tessuti
6. Trasfusionale
7. Malattie Rare
8. Gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza
9. Urgenze endoscopiche gastroenterologiche
10. Paziente con neurolesione grave
11. Riabilitazione
12. Oncologica
13. Oncoematologia pediatrica
14. Anatomia patologica
15. Breast unit
16. Diabetologia
17. Endocrinologia
18. Reumatologia
19. Cure palliative e terapia del dolore (rete territoriale)
20. Terapia del dolore (rete ospedaliera)
21. Obesità
22. Punti nascita
23. Ematologia
24. Endocrinologia
25. Allergie alimentari e Allergologia
26. Medicina dello sport e dell’Esercizio Fisico

- 27. Disturbi del Comportamento Alimentare
- 28. Declino cognitivo e demenze
- 29. Sclerosi multipla
- 30. Asma grave
- 31. Pediatria
- 32. Screening oncologici.

b) Obiettivi aziendali 2019-2021 per:

UNIFICAZIONE DEI SERVIZI PROFESSIONALI, TECNICI E AMMINISTRATIVI

Coerentemente con quanto definito dal nuovo Atto aziendale e in linea con le determinazioni regionali in ordine al progressivo avvio dell'operatività dell'Azienda Zero, gli obiettivi 2019-2021 per le unità operative professionali, tecniche e amministrative dovranno essere finalizzati alla unificazione dei servizi in ambito provinciale, in modo da garantire le attività di competenza dell'intera Azienda ULSS 5 Polesana nei modi più idonei (accentrati o decentrati) a garantire efficacia, efficienza ed economicità gestionali, relativamente alle seguenti aree di attività:

- a) gestione delle risorse umane;
- b) contabilità e bilancio;
- c) affari generali e legali;
- d) provveditorato, economato e gestione della logistica;
- e) direzione amministrativa ospedaliera;
- f) direzione amministrativa territoriale;
- g) servizi tecnici e patrimoniali;
- h) sistemi informativi;
- i) controllo di gestione;
- j) formazione e gestione della conoscenza;
- k) relazioni con il pubblico e comunicazione;
- l) internal audit e certificazione del bilancio;
- m) privacy e protezione dei dati.

c) Obiettivi aziendali 2019-2021 per:

LA GESTIONE COORDINATA DELLE RISORSE E DEI FATTORI PRODUTTIVI

Questi obiettivi non riguardano solo le singole unità operative deputate in modo specifico all'acquisizione e alla gestione dei fattori produttivi, ma coinvolgono anche le altre strutture aziendali, e sono relativi a:

- gestione del personale;

- gestione di strutture edilizie e impianti;
- gestione delle tecnologie sanitarie (attrezzature, farmaci, dispositivi, protesica);
- gestione di beni e servizi non sanitari;
- gestione del sistema informativo per l'assistenza e la gestione.

Gli obiettivi 2019-2021 per tutte le unità operative dovranno quindi essere finalizzati al puntuale rispetto delle relative indicazioni regionali come, per esempio, l'equilibrio di bilancio, la definizione e l'implementazione dei Piani specifici (es. personale, attrezzature, edilizia, ecc.), il rispetto dei tetti di spesa fissati complessivamente e per specifiche voci di spesa, il rispetto dei piani di rientro e di razionalizzazione della spesa, l'adozione di iniziative di efficientamento del sistema, ecc.

Un certo rilievo assume il tema della gestione del personale, alla luce della ormai consolidata carenza locale, regionale e nazionale di personale disponibile all'assunzione (in particolare medici). Per garantire la continuità dei servizi erogati ai cittadini e previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA), è necessario sperimentare modelli organizzativi che utilizzino tutte le modalità incentivanti previste dalle normative nazionali e regionali e anche valutare la possibilità di ricorrere a forme alternative di reclutamento, pur perseguendo l'unitarietà del modello organizzativo adottato e dei servizi erogati.

d) Obiettivi aziendali 2019-2021 per:

L'ALLINEAMENTO COORDINATO DEI SISTEMI DI GESTIONE DEI RISCHI

L'Azienda ULSS 5 dovrà continuare a riallineare i sistemi specifici per la gestione dei rischi aziendali precedentemente sviluppati dalle Aziende ULSS 18 e ULSS 19. In termini generali, la gestione dei rischi comprende sia le attività di analisi e valutazione e sia le attività di intervento sui rischi stessi quali, per esempio, la prevenzione, l'eliminazione, la minimizzazione, l'accettazione, l'assicurazione, ecc.. Ciascun sistema aziendale di gestione dei rischi è un insieme coordinato, coerente e diffuso di attività, strumenti, procedure e risorse che si prefigge di governare i rischi specifici presenti attraverso una rete di iniziative di miglioramento senza fine.

I principali sistemi di gestione dei rischi da riallineare riguardano i seguenti valori da tutelare:

- la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo);
- la sicurezza dei pazienti (rischio clinico);
- la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- la tutela dell'ambiente (rischio ecologico)
- la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);
- l'integrità della pubblica amministrazione (rischi di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione).

Per ciascun sistema specifico di gestione dei rischi è necessario continuare a riesaminare il modello organizzativo relativo alla nuova Azienda ULSS 5 (per esempio, responsabile, eventuali gruppi o comitati, livelli di responsabilità e procedure, incarichi specifici, ecc.), aggiornare/integrare le attività e i documenti di valutazione e definizione delle priorità, esplicitare le attività di gestione (per esempio, prevenzione, eliminazione, minimizzazione, accettazione e assicurazione dei rischi) e realizzare le prescritte attività formative.

Capitolo 3

Gli obiettivi regionali: LA GOVERNANCE DEL SISTEMA

La DGRV 248/2019

Gli annuali obiettivi regionali di salute e funzionamento rappresentano la modalità operativa con la quale la Regione Veneto esercita la Governance complessiva del sistema socio-sanitario regionale.

La Giunta Regionale ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2019 con **DGR 248 del 8/3/2019**. La Giunta ha assegnato obiettivi specifici a ciascuna azienda del Servizio Sanitario Regionale e per quanto attiene l'Ulss 5 Polesana, gli obiettivi assegnati sono contenuti nell'Allegato E alla DGR stessa:

PREVENZIONE

A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

P.A.1 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni

C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

P.C.1 Prevenzione infortuni sul lavoro

E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

P.E.1 Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci

F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening

P.F.2 Promozione di stili di vita sani

ASSISTENZA DISTRETTUALE

A Assistenza sanitaria di base

D.A.1 Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie

D.A.2 Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018

D.A.3 Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata

B Emergenza sanitaria territoriale

D.B.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento

C Assistenza farmaceutica

D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata

D Assistenza Integrativa

D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa

E Assistenza specialistica ambulatoriale

D.E.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

D.E.2 Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN

F Assistenza Protesica

D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica

H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale

D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI

D.H.2 Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017

D.H.3 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative

D.H.4 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico

I Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

D.I.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice

T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio

D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili

D.T.2 Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali

ASSISTENZA OSPEDALIERA

A Pronto soccorso

O.A.1 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)

T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali

O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari

O.T.2 Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

O.T.3 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE

- O.T.6 Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera
- O.T.7 Miglioramento dell'appropriatezza
- O.T.8 Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi
- O.T.9 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

PROCESSI DI SUPPORTO

A Programmazione delle risorse

- S.A.1 Rispetto della programmazione regionale sulle risorse
- S.A.2 Efficienza finanziaria
- S.A.3 Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)
- S.A.4 Internal audit

B Informatizzazione

- S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO
- S.B.5 Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito

C Percorso autorizzativo CRITE

- S.C.1 Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera
- S.C.3 Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate

D Centralizzazione dei processi di supporto

- S.D.3 Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi

E Trasparenza e anticorruzione

- S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza

F Rispetto delle direttive regionali

- S.F.1 Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019
- S.F.2 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)

Alcuni di questi obiettivi sono di "mantenimento" e quindi se raggiunti non danno seguito a valorizzazioni particolari, ma in caso contrario prevedono delle penalizzazioni.

Il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato è considerato un pre-requisito all'accesso al sistema premiante.

La DGR 248/2019 prende atto che l'art.1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonomi provvedono ad integrare i contratti dei relativi Direttori Generali e dei Direttori Amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%".

Inoltre il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario sono pre-requisito per il calcolo e la valorizzazione degli specifici indicatori di riferimento, e viene prevista una penalizzazione per i flussi “residuali” che non dovessero soddisfare i criteri minimi di qualità.

Agli obiettivi regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale in quanto coinvolto nella valutazione del Direttore Generale ai sensi della L.R.19/2016.

Gli obiettivi regionali di salute 2019 saranno ribaltati nelle schede di budget delle singole unità operative aziendali, in ragione del loro contenuto specifico e del ruolo che le stesse potranno avere nel perseguimento dei singoli obiettivi.

Direttive per il budget 2019

Il presente Piano integra il Documento delle direttive 2019, nel quale si riportano gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione, con l'indicazione del referente aziendale dell'obiettivo stesso.

Con il termine "Referente dell'obiettivo" si individua la struttura organizzativa che, oltre a dover perseguire almeno per la parte di propria competenza l'obiettivo, sarà chiamata anche a monitorare gli interventi delle altre unità operative coinvolte, riferendo alla Direzione Generale l'andamento aziendale.

Obiettivo	Azione/Indicatore	ValoreAtteso 2019	Referente
AREA A - RISORSE			
A.2 - rispetto dei tetti di spesa	A.2.2 - rispettare il piano dei fabbisogni del personale/n. risorse umane area comparto assunti/cessati per trimestre rispetto alle autorizzazioni regionali ed piano fabbisogni.	3 relazioni quadrimestrali e 1 di consuntivo	Risorse Umane
A.2 - rispetto dei tetti di spesa	A.2.3 - rispettare il tetto di spesa assegnato dalla Direzione del Distretto attraverso il costante monitoraggio del budget e l'analisi dei report di spesa forniti dagli uffici competenti/tetto di spesa assegnato e report periodico alla Direzione Sociale (trimestrale)	≤ tetto	Direttore del Distretto
A.4 - razionalizzazione delle giacenze dei farmaci	A.4.2 - svolgere gli inventari programmati/n. inventari	almeno 2 (semestrali)	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
A.5 - razionalizzazione delle rimanenze di beni sanitari	A.5.1 - valorizzare trimestralmente le rimanenze/valorizzazione trimestrale	almeno 4 volte l'anno	Controllo di gestione
A.6 - libera professione	A.6.1 - monitorare e verificare periodicamente la regolarità amministrativa dell'Attività Libero Professionale intramoenia ambulatoriale (controllo orari, prestazioni, pagamenti..)/elaborati e rendiconti dell'Ufficio libera professione	evidenza dell'azione	Direzione Amministrativa Ospedaliera
A.6 - libera professione	A.6.2 - supportare amministrativamente l'attività del Comitato Paritetico di Promozione e verifica dell'attività libero professionale intramoenia/convocazione periodica, acquisizione dati UOC interessate e stesura relazioni	evidenza dell'azione	Direzione Amministrativa Ospedaliera
A.7 - recupero forzoso	A.7.1 - mantenere l'attività di recupero forzoso del Ticket 7R3 in collaborazione con la guardia di finanza/relazione del direttore di struttura	sì	Direzione Amministrativa Ospedaliera
A.11 - magazzino unico polo alte tecnologie	A.11.1 - completare l'unificazione del magazzino unico dei Dispositivi Medici/magazzino unico unificato	entro 31/12/2019	Direzione Professioni Sanitarie
A.12 - convenzioni	A.12.1 - governare i rapporti di convenzione per l'acquisizione di prestazioni esterne all'azienda/mappa delle convenzioni in essere e delle prestazioni conseguenti (DAO, Laboratorio, Microbiologia)	documento	Direzione Amministrativa Ospedaliera

D.C.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.1 - Costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Farmacia Territoriale
D.C.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1.2 - % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	Farmacia Territoriale
D.D.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1 - Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ 15 €	Cure Primarie/Farmacia T
D.F.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	PRE REQUISITO (a IND. D.F.1.1) - Suddivisione della spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica in spesa per elenco 1, elenco 2a ed elenco 2b	% spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	Cure Primarie
D.F.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1 - Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	≤ 9,5 €	Cure Primarie
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.1 - Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Farmacia Ospedaliera
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.2 - Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Provveditorato
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.3 - Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Provveditorato
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.4 - Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	≤ 122€	Farmacia Ospedaliera
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	O.T.1.5 - % indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	Soglie definite nel vademecum	Farmacia Ospedaliera
S.A.1 - Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.1 - Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	≤ 0	Bilancio
S.A.1 - Rispetto della programmazione regionale sulle risorse	S.A.1.3 - Costo del Personale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Gestione Risorse Umane

AREA B - QUALITA' E APPROPRIATEZZA

B.1 - patient blood management in area chirurgica	B.1.1 - implementare il percorso di gestione del paziente chirurgico anemico in vista dell'intervento chirurgico con somministrazione di ferro per ridurre il numero di giornate prima del ricovero/relazione del direttore di struttura con evidenza di almeno 5 casi per specialità chirurgica (Trasfusionale Rovigo/Adria, Farmacia H Rovigo/Adria, Chir	protocollo definito entro il 31/12/2019	Funzione Ospedaliera
B.2 - compilazione corretta delle SDO	B.2.2 - migliorare la codifica delle SDO/valore della produzione in ricovero ordinario	> anno 2018	Funzione Ospedaliera
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.2 - redigere il regolamento unico per l'accesso alla mensa aziendale/bozza del regolamento	entro il 31/12/2019	Direzione Amministrativa Ospedaliera

B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.3 - elaborare un protocollo per l'attività del Coordinatore Sanitario nelle Strutture Protette in collaborazione con le UU.OO. Coinvolte/presenza documento	approvazione di un documento aziendale e sua applicazione	Cure Primarie
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.4 - elaborare uno specifico protocollo sul TRIAGE AVANZATO e sua adozione sistematica (P.O. di Rovigo)/presenza del protocollo ed evidenza della sua applicazione	sì	Direzione Professioni Sanitarie
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.5 - definire un protocollo operativo con IAF e Prefettura/presenza del protocollo	sì	SerD
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.5 - partecipare alla definizione di un protocollo operativo con il SerD/presenza del protocollo	sì	SerD
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.6 - definire un programma assistenziale integrato per le prese in carico dei tossicodipendenti/documento con definizione degli standard per la costruzione del PAII	<ul style="list-style-type: none"> • documento • 10 prese in carico 	SerD
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.7 - attivare il percorso di presa in carico da parte dei MMG entro 2 gg dalla dimissione del pz ultra 75enne dimesso dall'ospedale e dalle Case di Cura private/evidenza dell'azione	sì	COT
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.8 - migliorare il percorso delle dimissioni protette attraverso l'implementazione della procedura per la rapida individuazione dimissione protetta (Cure Primarie D1 e D2 e COT)/nuova procedura definita	sì	Cure Primarie D1
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.8 - migliorare il percorso delle dimissioni protette attraverso l'implementazione della procedura per la rapida individuazione dimissione protetta (Cure Primarie D1 e D2 e COT)/nuova procedura definita	sì	Cure Primarie D2
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.9 - attivare le azioni previste nel piano emergenza climatica nell'ambito del protocollo di prevenzione delle patologie da elevate temperature/evidenza dell'azione	sì	COT
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.10 - predisporre un protocollo per la gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica nel minore/presenza del protocollo (Neuropsichiatria, Pediatria, Psichiatria)	entro il 31/12/2019	Direttore IAF Distretto 1
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.11 - implementazione del PDTA della sclerosi multipla/presenza del PDTA (neurologia e MFR)	entro il 31/12/2019	Funzione Ospedaliera
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.12 - predisporre il regolamento UCAD/presenza del documento	entro il 31/12/2019	Funzione Territoriale
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.13 - partecipare a ridefinire i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili (Cure Primarie D1 e D2 e COT)/percorsi definiti	almeno 2	Cure Primarie
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.14 - definire un regolamento unico per la partecipazione alla spesa delle strutture residenziali/presenza del regolamento	entro il 31/12/2019	Psichiatria
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.15 - effettuare la revisione della gestione della ristorazione ospedaliera di consulenze dietetiche e nutrizione artificiale/relazione del responsabile di struttura sulle azioni svolte	sì	Dietetica e Nutrizione Clinica
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.16 - effettuare la revisione della gestione delle attività per pazienti ricoverati/relazione del responsabile di struttura sulle azioni svolte	sì	Dietetica e Nutrizione Clinica
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.17 - predisposizione di un regolamento procedure amministrative SAI/regolamento predisposto	sì	Dir.ne Amm.va Territoriale
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.18 - avviare il progetto regionale gravidanza "BRO"/evidenza delle azioni (relazione)	sì	Direttore IAF Distretto 1
B.3 - regolamenti/protocolli/percorsi	B.3.19 - coordinare uno studio di appropriatezza dei ricoveri in area medica anche attraverso audit clinici/n. audit clinici	almeno 3	Direzione Medica Ospedaliera
B.5 - aderenza alle raccomandazioni della ROV e della REV	B.5.1 - effettuare audit multidisciplinari dei pazienti avviati alla terapia con farmaci sottoposti a raccomandazioni ROV e REV/% di trattamenti oncologici ed ematologici avviati nel 2019 oggetto di raccomandazioni ROV e REV, sottoposti ad audit	se <30 = 0% se ≥30 e <40 = 50% se ≥40 e <50 = 95% se ≥50 = 100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.1 - compilare correttamente e puntualmente il registro regionale FARMACI BIOLOGICI/differenza % tra n. di pazienti e di erogazioni inserite nel registro regionale e n. pazienti e relative erogazioni che risultano nei consumi aziendali	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera

B.6 - registri	B.6.2 - compilare correttamente e puntualmente il registro regionale NAVIGATORE RELATIVO A EPATITE C/differenza % tra pazienti che risultano in trattamento nel registro Navigatore e pazienti che risultano dal Registro AIFA	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.3 - compilare correttamente e puntualmente il registro AIFA per i farmaci ONCOLOGICI ED EMATOLOGICI/differenza % tra pazienti/prescrizioni inserite nel registro AIFA e pazienti/erogazioni che risultano nei consumi aziendali	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.3 - compilare correttamente e puntualmente il registro AIFA per i farmaci ONCOLOGICI/differenza % tra pazienti/prescrizioni inserite nel registro AIFA e pazienti/erogazioni che risultano nei consumi aziendali	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.4 - compilare correttamente e puntualmente il registro AIFA per i farmaci INTRAVITREALI/differenza % tra pazienti/prescrizioni inserite nel registro AIFA e pazienti/erogazioni che risultano nei consumi aziendali	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.5 - compilare correttamente e puntualmente il registro AIFA per IMMUNOGLOBULINE EV nella Polineuropatia Demielinizzante/differenza % tra pazienti/prescrizioni inserite nel registro AIFA e pazienti/erogazioni che risultano nei consumi aziendali	se >20=0% se 20=25% se 10=50% se 5=95% se 0=100%	Farmacia Ospedaliera
B.6 - registri	B.6.7 - registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali/evidenza dell'azione	relazione	Farmacia Ospedaliera Rovigo
B.7 - farmacovigilanza	B.7.1 - aumentare il n. di segnalazioni ADR per MEDICINALI/DISPOSITIVI/n. di segnalazioni ADR trasmesse al Responsabile Farmacovigilanza	se 0 ADR=0% se 1 ADR=50% se 2 ADR=95% se 3 ADR=100%	Farmacia Ospedaliera
B.7 - farmacovigilanza	B.7.1 - aumentare il n. di segnalazioni ADR per MEDICINALI/n. di segnalazioni ADR trasmesse al Responsabile Farmacovigilanza	se 0 ADR=0% se 1 ADR=50% se 2 ADR=95% se 3 ADR=100%	Farmacia Ospedaliera
B.7 - farmacovigilanza	B.7.110 - aumentare il n. di segnalazioni ADR per MEDICINALI/n. di segnalazioni ADR trasmesse al Responsabile Farmacovigilanza	se 0 ADR=0% se 1 ADR=50% se 2 ADR=95% se 3 ADR=100%	Farmacia Ospedaliera
B.7 - farmacovigilanza	B.7.2 - aumentare il n. di segnalazioni ADR per VACCINI/n. di segnalazioni ADR inserite in Vigifarmaco	< 25 ADR=0% se 25 ADR=50% se 40 ADR=70% se 45 ADR=95% se 50 ADR=100%	Farmacia Ospedaliera
B.7 - farmacovigilanza	B.7.3 - effettuare le segnalazioni ADR di farmacovigilanza/n. di segnalazioni idonee	relazione del direttore di struttura	Farmacia Territoriale

B.8 - aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	B.8.1 - realizzare un audit dei dati PNE - treemap relativi alla mortalità a 30 gg per scompenso cardiaco/report di audit (Cardiologia Rovigo e Adria, Medicina Generale Rovigo - Adria e Trecenta, Geriatria Rovigo, Lungodegenza Adria)	approvazione del documento	Funzione Ospedaliera
B.9 - progetto Missed Care	B.9.1 - ridefinire il modello di raccolta di dati rispetto alle cadute e alle lesioni da pressione in ambito ospedaliero. Monitorare il livello di compilazione della barthel nelle UU.OO. Ospedaliera/ • osservatorio cadute e lesioni in ambito ospedaliero • report per singola U.O. su percentuali di registrazione barthel in cartella clinica	3 relazioni trimestrali e 1 di consuntivo	Direzione Professioni Sanitarie
B.10 - piano nazionale antibiotici	B.10.1 - piano nazionale antibiotico resistenze/report periodici in DDD/100 gg degenza	almeno 2 report	Farmacia Ospedaliera Rovigo
B.13 - incremento della donazione di organi	B.13.1 - sottoporre ad accertamento di morte con criteri neurologici tutti i soggetti che presentano i criteri di morte encefalica attraverso la diagnosi di morte encefalica di tutti i pazienti deceduti che presentano queste caratteristiche e convocazione / n. accertamenti/n. decessi cerebrolesi acuti in rianimazione	tra 21% e 40%	Responsabile Coordinamento Trapianti
B.14 - verifica del buon funzionamento delle strutture residenziali extraospedaliere per anziani e disabili	B.14.1 - garantire le visite con il gruppo multiprofessionale come previsto da apposito protocollo presso le strutture residenziali per disabili e anziani con cadenza almeno annuale secondo calendario predisposto/piano dei controlli anno 2019	almeno un controllo annuale per UDO	Direttore del Distretto
B.15 - applicazione del Nuovo Regolamento SIL	B.15.1 - predisporre un regolamento unico al fine di assicurare equità di accesso a tutti gli aventi diritto rispetto alle modalità di rimborso/nuovo regolamento	presentazione del regolamento alla Conferenza dei Sindaci	Direttore del Distretto
B.16 - applicazione del Nuovo Regolamento ICD p e f	B.16.1 - applicare il nuovo regolamento dopo l'approvazione della Conferenza dei Sindaci/evidenza dell'azione	sì	Direttore del Distretto
B.17 - analisi dei bisogni territoriali	B.17.1 - organizzare incontri tematici con assistenti sociali (amministrazioni locali) finalizzati alla mappatura dei bisogni in area anziani/numero di incontri	almeno 2	Direttore del Distretto
B.18 - standard di qualità richiesti dai 12 requisiti generali per l'accreditamento istituzionale	B.18.1 - dare continuità alle attività avviate per il processo di autorizzazione e accreditamento regionale 2018 attraverso la definizione/revisione di alcune procedure finalizzate al miglioramento di qualità e appropriatezza degli interventi/n. procedure definite/riviste	almeno 3	Direttore IAF Distretto 1
B.20 - nursing nei centri servizi	B.20.1 - migliorare la qualità del nursing nei centri servizi/n. di incontri	almeno 4	Cure Primarie D
O.T.7 - Miglioramento dell'appropriatezza	O.T.7.1 - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 15%	Funzione Ospedaliera
O.T.9 - Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	PRE REQUISITO (a IND. O.T.9.1) - Formazione del personale in merito alle infezioni correlate all'assistenza	Inserimento nel piano strategico annuale di attività formative attinenti le infezioni correlate all'assistenza	Funzione Ospedaliera
O.T.9 - Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.9.1 - N. report trimestrali di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	≥ 3	Funzione Ospedaliera

AREA C - PRODUZIONE

C.1 - igiene e sanità pubblica	C.1.6 - garantire gli interventi di prevenzione presso le case di riposo - vigilanza congiunta Servizi del Dipartimento/vigilanza presso 4 case di riposo	100%	SIAN
C.2 - prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro	C.2.1 - applicare le specifiche direttive regionali contenute nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali: garantire con interventi ispettivi la copertura di almeno il 5% delle/(n. U.L. ispezionate / n. U.L. assegnate da ispezionare (568)*100	80%	SPISAL

C.2 - prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro	C.2.2 - garantire le indagini per gli infortuni mortali, gravi e gravissimi secondo la procedura regionale attivando delle indagini dei casi di infortunio selezionati/(n. di indagini attivate / n. casi selezionati da indagare)*100	90%	SPISAL
C.2 - prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro	C.2.3 - garantire le indagini per malattie professionali secondo la procedura regionale attivando delle indagini di malattia professionale selezionate/(n. di indagini attivate / n. casi selezionati da indagare)*100	90%	SPISAL
C.3 - igiene alimenti e nutrizione	C.3.2 - migliorare l'efficienza dei controlli ufficiali attuando le misure necessarie per garantire uniformità, imparzialità, coerenza ed efficacia dei controlli stessi (Reg CE n. 882/04 e nota M. S. del 16.08.2012) attraverso l'attività di supervisione /verbale/check list di supervisione sull'attività dei Dirigenti Medici/TDP	100%	SIAN
C.3 - igiene alimenti e nutrizione	C.3.3 - P.P. R. 2014-18 prorogato al 31.12.2019. Programma 1.N. Programma per la promozione di una corretta alimentazione. Educazione e promozione della salute in ambito alimentare nelle scuole: attuazione del progetto l'orto a scuola/numero di Istituti che raggiungono il valore obiettivo di classe target coinvolte pari all' 80%	50% degli Istituti	SIAN
C.3 - igiene alimenti e nutrizione	C.3.4 - attuare le attività previste dai LEA nell'ambito del controllo ufficiale nel settore dell'igiene alimenti dando applicazione alle specifiche direttive regionali ed ai piani regionali 2018 riguardanti l'ambito dell'igiene degli alimenti/n. interventi effettuati sui programmati	*PRIC 60% Altri Piani Regionali 75%	SIAN
C.4 - sanità animale	C.4.1 - garantire la sorveglianza epidemiologica negli allevamenti attraverso l'attuazione di misure di prevenzione (controlli sierologici, monitoraggi, ecc.) per la gestione delle malattie trasmesse da vettori (Blue Tongue, WND)/n. interventi effettuati / n. interventi previsti dalle normative	90%	SA
C.4 - sanità animale	C.4.2 - garantire la sorveglianza epidemiologica negli allevamenti avicoli industriali: verifica dei requisiti di biosicurezza, igienico-sanitari e strutturali per la prevenzione dell'Influenza Aviaria/n. interventi effettuati / n. interventi previsti dalle normative	90%	SA
C.4 - sanità animale	C.4.3 - garantire la sorveglianza epidemiologica negli allevamenti suini industriali: verifica dei requisiti di biosicurezza, igienico-sanitari e strutturali per la prevenzione della Malattia Vescicolare Suina (MVS)/n. interventi effettuati / n. interventi previsti dalle normative	90%	SA
C.4 - sanità animale	C.4.4 - attuare le misure necessarie per garantire uniformità, imparzialità, coerenza ed efficacia dei controlli ufficiali (Reg. CE 882 e nota Min. Sal. del 16/08/2012) attraverso l'attività di supervisione da parte del Direttore/Responsabile/verbale/check-list di supervisione sull'attività di tutti i Dirigenti Veterinari/TdP	100%	SA
C.5 - igiene alimenti origine animale e loro derivati	C.5.1 - attuare le misure necessarie per garantire uniformità imparzialità coerenza ed efficacia dei controlli ufficiali attraverso la supervisione da parte del Direttore/verbali/check list di supervisione sull'attività di CU del Personale	si (presenza documenti)	SIAOA
C.5 - igiene alimenti origine animale e loro derivati	C.5.2 - mantenere e consolidare l'integrazione delle competenze delle risorse dei processi delle procedure di Servizio con il coinvolgimento integrato nei C.U. del Personale dei Distretti 1 e 2/documenti di programmazione report attività svolta	si (presenza documenti)	SIAOA
C.5 - igiene alimenti origine animale e loro derivati	C.5.3 - attuare i piani nazionali e regionali di campionamento sugli alimenti di O.A. (PNR, Piano Alimenti, Piano benessere alla macellazione, ecc.)/n. campionamenti sul programmato	90%	SIAOA
C.5 - igiene alimenti origine animale e loro derivati	C.5.4 - applicare le linee guida per il controllo ufficiale (DGR 1915/2017)/ • categorizzazione imprese alimentari riconosciute/registrate • miglioramento modulistica adottata	• 100% • sì (presenza documenti)	SIAOA
C.6 - coordinamento sulla sicurezza con ditte assegnatarie di appalti di lavori e servizi con l'Azienda ULSS 5	C.6.1 - garantire l'attività di coordinamento attraverso incontro con stesura del relativo verbale sottoscritto dalle parti/documenti sottoscritti e conservati presso SPP	8	Prevenzione e Protezione

C.8 - piano investimenti	C.8.1 - aggiornare costantemente il piano investimenti sia per l'area dell'ingegneria clinica che per l'area informatica e l'area edilizia/piano aggiornato	sì	Contabilità e Bilancio
C.9 - edilizia	C.9.1 - iniziare le procedure di gara per i lavori del Blocco A Poliambulatorio/inizio procedure di gara	entro 31/12/2019	Tecnico
C.9 - edilizia	C.9.2 - eseguire i lavori anticendio 1° stralcio su finanziamento ottenuto/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Tecnico
C.9 - edilizia	C.9.3 - acquisire autorizzazione propedeutica alla la procedura di gara per il reparto di Pediatria e Intensiva Neonatale/autorizzazione	entro 31/12/2019	Tecnico
C.9 - edilizia	C.9.4 - approvare il progetto definitivo dell'area Oncologia/progetto approvato	entro 31/12/2019	Tecnico
C.9 - edilizia	C.9.5 - acquisire l'autorizzazione propedeutica alla procedura di gara per la ristrutturazione e gestione del centro "Corte Guazzo"/autorizzazione	entro 31/12/2019	Tecnico
C.10 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	C.10.1 - verificare le strutture in scadenza annuale o biennale sul mantenimento dei requisiti previsti dal reg. ce 183/05 relativo agli OSA riconosciuti/check-list/osa riconosciuti/osa controllati	90%	SIAPZ
C.10 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	C.10.2 - dare omogenea applicazione sulle modalità di campionatura nell'ambito del PNR/PNAA nel rispetto dei C.U come da reg. ce 882/04/n. interventi effettuati sui programmati	90%	SIAPZ
C.10 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	C.10.3 - garantire l'attività di verifica sull'emmissione della ricetta elettronica in obbligo dal 01.01.2019 come da legge 167 del 20.11.2017 n/numero ricette controllate sulle emesse	90%	SIAPZ
C.10 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	C.10.4 - garantire l'attività di farmacovigilanza sugli allevamenti avicoli con particolare riferimento agli allevamenti autocertificati antibiotico free./numero allevamenti censiti/numero allevamenti controllati/check-list	100%	SIAPZ
C.11 - igiene dei prodotti Ittici e della moluschicoltura	C.11.1 - applicare le linee guida per il controllo ufficiale (DGR 1915/2017)/categorizzazione imprese alimentari riconosciute/registrate	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • sì (presenza documenti) 	SIPI
C.11 - igiene dei prodotti Ittici e della moluschicoltura	C.11.2 - attuare i piani nazionali e regionali di campionamento sui prodotti ittici/n. campionamenti sul programmato	90%	SIPI
C.11 - igiene dei prodotti Ittici e della moluschicoltura	C.11.3 - mantenere e consolidare l'integrazione delle competenze delle risorse dei processi delle procedure di Servizio con il coinvolgimento integrato nei C.U. del Personale dei Distretti 1 e 2/documenti di programmazione report attività svolta	sì (presenza documenti)	SIPI
C.11 - igiene dei prodotti Ittici e della moluschicoltura	C.11.4 - attuare le misure necessarie per garantire uniformità imparzialità coerenza ed efficacia dei controlli ufficiali attraverso la supervisione da parte del Direttore/verbali/check list di supervisione sull'attività di CU del Personale	sì (presenza documenti)	SIPI
C.12 - radioprotezione medica	C.12.1 - partecipare alla individuazione del rischio specifico attraverso sopralluoghi con esperto qualificato in aree controllate/verbale di sopralluogo agli atti del servizio	almeno 2 sopralluoghi	Medico Competente
C.13 - campagna vaccinale	C.13.1 - riprogettare la campagna vaccinale verso Influenzavirus e stesura della relativa procedura/presenza del documento	sì	Medico Competente
C.14 - rispetto dei livelli di attività programmati per l'assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa in carico sul territorio	C.14.4 - utilizzare i sistemi di classificazione della multimorbilità (case-mix) e di gestione della cronicità complessa e avanzata nella popolazione/gruppo di lavoro costituito per l'elaborazione di un modello organizzativo coerente con i bisogni rilevati e la complessità dei casi	presenza documento e sua applicazione entro il 31/12/2019	Funzione Territoriale
C.15 - ingegneria clinica	C.15.1 - supportare l'installazione e il collaudo di n. 3 apparecchiature TAC/collaudo	entro 31/12/2019	Tecnico
C.20 - salute donna - bambino	C.20.1 - garantire le attività di prevenzione e sostegno a favore della donna, della coppia e del neonato nel periodo pre-peri e post natale/ n. di: <ul style="list-style-type: none"> • corsi accompagnamento nascita • corsi massaggio neonato • visite domiciliari e consulenze per allattamento • percorsi personalizzati per genitori e/o neonato 	almeno pari a quelli eseguiti nell'anno 2018	Direttore IAF Distretto 1
C.21 - gestione delle infezioni da HCV	C.21.1 - gestire l'infezione da HCV nel consumatore di sostanze (screening sierologico e identificazione precoce dei fattori di rischio)/% pazienti sottoposti a screening	almeno il 60% dei nuovi ingressi	SerD

C.22 - preparati biologici	C.22.1 - prevedere l'allestimento dei preparati biologici della Ulss 5 presso la sede di Rovigo/• presenza del progetto e gantt delle attività • n. preparati allestiti a Rovigo provenienti dal P.O. di Adria	relazione del direttore di struttura	Direttore di Struttura
D.A.1 - Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	D.A.1.1 - % della programmazione attuata entro la fine del 2019	≥ 65%	DAT/Distretto
D.A.2 - Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2018	D.A.2.1 - Costo annuo pro capite per la farmaceutica convenzionata nelle MGI	diminuzione o mantenimento	Distretto
D.A.2 - Regolare funzionamento delle Medicine di Gruppo Integrate con almeno un anno di attivazione al 31/12/2019	D.A.2.2 - Numero annuo di prestazioni specialistiche erogate per abitante nelle MGI	diminuzione o mantenimento	Distretto
D.B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	D.B.1.1 - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<= 18'	CO118
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.1 - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	Cure Primarie
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.2 - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	Cure Primarie
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.3 - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	Cure Primarie
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.4 - % ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	≥ 15%	Cure Primarie/Cure Palliative
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.5 - % dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	≥ 15%	Cure Primarie/Cure Palliative
D.H.3 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.1 - % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	Cure Palliative
D.H.3 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.2 - % Malati oncologici deceduti in ospedale	≤ 20%	Cure Palliative
D.H.3 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.3.3 - Variazione % rispetto all'anno precedente del n. annuo di giornate di cure palliative a domicilio per deceduto per causa di tumore dell'ultimo triennio	≥ 5% (punteggio parziale se ≥ 2,5%)	Cure Palliative
D.I.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.1 - % ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è <= a 7 giorni	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	Cure Palliative
D.I.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	D.I.1.2 - Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	diminuzione	Cure Palliative
D.T.1 - Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco	≤ 343 (punteggio parziale se ≤ 373)	Funzione Territoriale
O.T.3 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.1 - % indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	Soglie definite nel vademecum	UU.OO. coinvolte
O.T.3 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.2 - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	Chirurgia Generale
O.T.3 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.3 - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	Chirurgia Generale
O.T.3 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.4 - % pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	Ortopedia
O.T.3 - Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE	O.T.3.5 - % di parti cesarei primari	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	Ostetricia e Ginecologia

P.A.1 - Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.1 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte ≥ 95%	SISP
P.A.1 - Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.2 - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%	SISP
P.A.1 - Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A.1.3 - Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	≥ 75%	SISP
P.C.1 - Prevenzione infortuni sul lavoro	P.C.1.1 - Numero infortuni sul lavoro con esito grave o mortale / Numero lavoratori occupati	Diminuzione	SPISAL
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1 - % aziende bovine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.2 - % aziende ovicaprine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.3 - % capi ovicaprini controllati per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.4 - % aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.5 - % aziende equine controllate per anagrafe	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.6 - % allevamenti apistici controllati per anagrafe	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	SA
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.7 - esecuzione del PNAA	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	SIAPZ
P.E.1 - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.8 - % controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	Soglia D.Lgs. 193/2006	SIAPZ
P.F.1 - Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1 - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 60%	SISP
P.F.1 - Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.2 - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 50%	SISP
P.F.1 - Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.3 - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 50%	SISP
P.F.2 - Promozione di stili di vita sani	P.F.2.1 - Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 40%)	SISP
P.F.2 - Promozione di stili di vita sani	P.F.2.2 - Numero di accessi di pazienti cronici negli Ambulatori Trattamento Tabacco, Ambulatori Nutrizionali, Palestre della Salute	≥ 300	0,5

S.C.1 - Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia ospedaliera	S.C.1.1 - Lavori di realizzazione del nuovo blocco travaglio parto e sala operatoria Ostetricia con adeguamento normativo e di sicurezza edilizio, tecnologico ed impiantistico del 2° piano torre est dell'ospedale S. Maria della Misericordia di Rovigo.	Entro 31.12.2019	Tecnico
S.D.3 - Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazioni rischi	S.D.3.2 - N. schede di segnalazione pervenute al RM	> 30 segnalazioni/ mese	0,5

AREA D - SISTEMA INFORMATIVO E FLUSSI

D.1 - presa in carico dei pazienti	D.1.1 - aumentare la prescrizione dematerializzata (DEMA) mensile su tutte le branche specialistiche per l'equipe/n. prescrizioni DEMA mensili	trend mensile in aumento	Specialistica Ambulatoriale
D.1 - presa in carico dei pazienti	D.1.2 - prescrivere i controlli da parte degli specialisti/n. controlli prescritti DEMA dall'equipe/n. controlli totale prenotati a CUP	trend mensile in aumento	Specialistica Ambulatoriale
D.1 - presa in carico dei pazienti	D.1.3 - implementare la gestione informatizzata dei controlli nel sistema CUP/evidenza dell'azione	sì	Specialistica Ambulatoriale
D.2 - flussi informativi di consumo di farmaci	D.2.1 - rispetto simultaneamente i seguenti indicatori di qualità dei dati, da conseguire anche attraverso la correzione delle anomalie e degli errori contabili: A) manutenzione delle anagrafiche aziendali dei farmaci e dei prodotti dietetici [peso 70%]/correttezza dei dati esportati da NFS	100%	Controllo di Gestione
D.2 - flussi informativi di consumo di farmaci	D.2.2 - registrare tempestivamente i dati relativi alle erogazioni in distribuzione diretta (entro il giorno 4 del mese successivo a quello di competenza) e correzione degli eventuali errori e/o delle lacune segnalate dal CdG o dall'HTA/valore mensile atteso: • dati registrati nei termini • errori corretti	• 100% • 100%	Controllo di Gestione
D.2 - flussi informativi di consumo di farmaci	D.2.3 - completare le registrazioni contabili mensili di consumo di farmaci entro il giorno 4 del mese successivo a quello di competenza/registrazioni complete	100%	Controllo di Gestione
D.2 - flussi informativi di consumo di farmaci	D.2.5 - imputare ai CdC aziendali le erogazioni in DD e codici disciplina su specialisti fuori ulss/dati DD registrati correttamente	report del Controllo di Gestione popolati con dati di DD nei CdC dei reparti	Controllo di Gestione
D.3 - flussi informativi di consumo di dispositivi medici e di farmaci	D.3.1 - rispettare simultaneamente i seguenti indicatori di qualità, da conseguire anche attraverso la correzione delle eventuali anomalie dei dati e degli errori contabili: A) manutenzione delle anagrafiche aziendali dei dispositivi medici e degli altri/ A) segnalazioni di errore comunicate dal CdG non evase nei termini B) segnalazioni HTA di anomalie prezzo C) dati registrati tardivamente	A) zero B) < 2018 C) < 1% della spesa indicata nel CE	Controllo di Gestione
D.4 - cruscotto aziendale	D.4.1 - promuovere iniziative per la diffusione e l'utilizzo del cruscotto aziendale/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Controllo di Gestione
D.5 - flussi informativi	D.5.1 - rispettare le tempistiche previste dai flussi informativi NSIS/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Controllo di Gestione
D.5 - flussi informativi	D.5.3 - utilizzare il flusso ACN dei MMg Ulss 5 per il pagamento delle voci stipendiali corrispondenti agli accessi di assistenza programmata, integrata e alle prestazioni di particolare impegno (PIP)/pieno utilizzo procedura SI-STE - ACN	relazione del direttore di struttura	Dir.ne Amm.va Territoriale
D.5 - flussi informativi	D.5.4 - garantire la qualità dei dati dei flussi informativi FAROSP e DDF3/correzione delle segnalazioni di errore regionali (Azienda Zero - UOC HTA) e aziendali (Controllo di Gestione)	tutte le segnalazioni corrette	Controllo di Gestione
D.5 - flussi informativi	D.5.7 - corretta gestione del flusso "ospedale di comunità"/n. di segnalazioni di errore	< anno 2018	Cure Primarie

D.5 - flussi informativi	D.5.8 - definire un sistema di registrazione dell'attività per pazienti interni/evidenza dell'azione	sì	Direzione Professioni Sanitarie
D.5 - flussi informativi	D.5.15 - garantire la tracciabilità dei dispositivi pluriuso/tutte le procedure previste con indicazione della tracciabilità	100%	Direzione Professioni Sanitarie
D.5 - flussi informativi	D.5.16 - collaborare per la corretta gestione dei flussi FAD e FAR attraverso la registrazione dei dati necessari per la trasmissione dei flussi/soluzione tempestiva delle criticità rilevate	100%	Dir.ne Amm.va Territoriale
D.5 - flussi informativi	D.5.17 - aggiornare costantemente il gestionale SISTE a livello provinciale/evidenza dell'utilizzo della procedura da parte di tutti gli operatori attraverso la redazione di report trimestrali	4 report	Direttore IAF Distretto 1
D.6 - implementazione moduli software	D.6.1 - implementare il modulo software della Ditta Nuova Sigma Srl per la gestione delle attività formative del Polo Formativo/ • evidenza della implementazione in azienda del modulo software • guida per l'utilizzo della piattaforma da parte dei dipendenti redatta	• verbali di incontro di condivisione obiettivo • guida	Polo Formativo
D.10 - cartella informatizzata	D.10.1 - avviare le attività per la compilazione della cartella informatizzata del Medico Competente/evidenza dell'azione	sì	Medico Competente
D.10 - cartella informatizzata	D.10.2 - inserire in procedura tutte le cartelle tutti i farmaci somministrati ai detenuti/n. cartelle informatizzate	100%	Sanità Penitenziaria
D.13 - firma digitale	D.13.1 - garantire la firma digitale su tutti i verbali/verbali firmati digitalmente (a partire da aprile 2019)	100%	Direzione Medica Ospedaliera
D.13 - firma digitale	D.13.2 - garantire la firma digitale su tutti i verbali di Pronto Soccorso/n. di accessi firmati digitalmente dal momento in cui è disponibile la tecnologia	100%	Direzione Medica Ospedaliera
D.A.1 - Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	PRE REQUISITO (a IND. D.A.1.1) - Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS che rispettano gli orari di apertura dello studio	DAT
D.A.1 - Attuazione dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie	PRE REQUISITO (a IND. D.A.1.1) - Alimentazione corretta e completa della Anagrafe Unica Regionale (AUR) dei MMG e PLS	% MMG/PLS inseriti nella corretta associazione	DAT
D.A.3 - Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	PRE REQUISITO (a IND. D.A.3.1) - Corretto invio dei valori IVAQ da parte di tutti i MMG che hanno aderito all'Accordo sull'Informatizzazione	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori	Cure Primarie
D.A.3 - Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.3.1 - % MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente ($\geq 0,5$ per il primo anno di attività, altrimenti $\geq 0,65$)	100%	Cure Primarie
D.B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento	PRE REQUISITO (a IND. D.B.1.1) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
D.F.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	PRE REQUISITO (a IND. D.F.1.1) - Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	Cure Primarie
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	PRE REQUISITO (a OBT. D.H.1) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	Cure Primarie
D.H.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	PRE REQUISITO (a OBT. D.H.1) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI	PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	Cure Primarie
D.H.3 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	PRE REQUISITO (a IND. D.H.3.3) - Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati)	PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	Cure Palliative

D.H.4 - Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	PRE REQUISITO (a IND. D.H.4.1) - Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND	% indicatori rispettati	SerD
D.I.1 - Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative - hospice	PRE REQUISITO (a OBT. D.I.1) - Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio.	% Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	Cure Palliative
D.T.1 - Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	PRE REQUISITO (a IND. D.T.1.2) - Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISMI	% indicatori rispettati	Psichiatria
O.A.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	PRE REQUISITO (a IND. O.A.1.1) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	PRE REQUISITO (a IND. O.T.1.1) - Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	PRE REQUISITO (a IND. O.T.1.2) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
O.T.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	PRE REQUISITO (a IND. O.T.1.3) - Rispetto della completezza del flusso DM	% dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	Controllo di Gestione
O.T.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	PRE REQUISITO (a OBT. O.T.2) - Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
S.B.1 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1 - Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	≥ 98% per il mantenimento ≥ 95% per le tipologie documentali non previste per il 2018	Tecnico
S.B.1 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.4 - Applicativi aggiornati in modo che visualizzino correttamente i documenti presenti nel fascicolo	100%	Tecnico
S.B.2 - Attività propedeutiche ad avvio SIO	PRE REQUISITO (a IND. S.B.2.1) - Partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione delle attività necessarie all'avvio di gara SIO, con focus specifico al processo di phase out	% partecipazione	Tecnico
S.B.2 - Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1 - Completamento delle attività necessarie al processo aziendale di sostituzione degli applicativi aziendali con quelli oggetto di gara	Secondo programmazione	Tecnico
S.B.5 - Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.5.1 - % indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	UU.OO. Coinvolte
S.D.3 - Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	PRE REQUISITO (a OBT. S.D.3) - Costante inserimento/aggiornamento dati delle schede GSRC	Dati oggetto di verifica: riserve e liquidato, stato interno del sinistro, perizia medico legale, documentazione	Affari Generali
S.D.3 - Utilizzo portale sinistri e rischio clinico (GSRC) per analisi eventi e valutazione rischi	S.D.3.1 - % schede GSRC di Risk Management compilate in modo completo e corretto	Soglie definite per singolo item	Direzione Medica Ospedaliera

AREA E - INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO			
E.1 - modello TREND su base provinciale	E.1.1 - applicare il modello TREND nelle strutture ospedaliere aziendali/rispetto delle procedure previste dal documento regionale	degenza media ≤ 2018	Funzione Ospedaliera
E.2 - PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco	E.2.3 - definire e sperimentare modalità integrate di gestione ambulatoriale dei pazienti con scompenso cardiaco/avvio di attività ambulatoriale per lo scompenso cardiaco nelle tre sedi ospedaliere (Cardiologia Rovigo e Adria, Cure Primarie D1 e D2, Specialistica Ambulatoriale, Dir.ne Amm.va Ospedaliera)	avvio delle attività entro l'anno	Funzione Ospedaliera
E.4 - dimissioni difficili	E.4.1 - somministrare la scheda BRASS per l'identificazione rapida dei pazienti a rischio di dimissione difficile/n. pz ricoverati con BRASS compilata/n. totale di pz	almeno il 70% con scheda BRASS compilata	Direzione Professioni Sanitarie
E.4 - dimissioni difficili	E.4.5 - predisporre con le UU.OO. maggiormente coinvolte sia ospedaliere che territoriali una "procedura" da condividere anche con le diverse componenti della comunità locale per facilitare le dimissioni difficili/approvazione di un documento aziendale (D1 e D2, Disabilità e NA del D1 e D2,	entro il 31/12/2019	Funzione Territoriale
E.6 - protocollo ERAS in ambito Chirurgico	E.6.1 - implementare il percorso ERAS in ambito chirurgico con definizione e implementazione della gestione preoperatoria e post operatoria per una ripresa "veloce" del paziente/protocollo ERAS attivato nei diversi ambienti chirurgici per almeno un percorso	evidenza del protocollo	Direzione Professioni Sanitarie
E.8 - segnalazione alla COT da PS	E.8.1 - monitorare e applicare i criteri per i casi di dimissione protetta/report trimestrale di monitoraggio (P.S. Rovigo/Adria/Trecenta, COT)	4 report	COT
E.8 - segnalazione alla COT da PS	E.8.1 - segnalare alla COT i casi di dimissione protetta/presenza delle segnalazioni alla COT (P.S. Rovigo/Adria/Trecenta, COT)	evidenza delle richieste	Direzione Professioni Sanitarie
E.9 - gestione del dolore	E.9.1 - • monitorare e prendere in carico il dolore acuto e cronico nei diversi contesti; • attivare il collegamento con i servizi di Terapia del Dolore e Cure Palliative; • attivare le consulenze per il risparmio del patrimonio venoso e di gestione con /n. di consulenze per accessi venosi effettuati per terapia del dolore	in aumento	Funzione Ospedaliera
E.9 - gestione del dolore	E.9.2 - aumentare l'utilizzo di farmaci oppioidi maggiori nella gestione del dolore/consumo degli oppioidi maggiori	in aumento rispetto il 2018	Farmacia Ospedaliera
E.9 - gestione del dolore	E.9.3 - avviare il follow up telefonico per il monitoraggio del dolore dopo il trattamento/% di follow up dei casi trattati	almeno l'80%	Direzione Professioni Sanitarie
E.10 - continuità ospedale - territorio	E.10.1 - mantenere un'analisi costante del tema dei posti letto bloccanti nell'ambito ospedaliero e promuovere interventi organizzativi e formativi per la gestione delle dimissioni protette in continuità con la COT e le cure primarie/ • numero di bed blockers gestiti per trimestre • attivazione delle funzioni di case management in ambito ospedaliero in area medica	3 relazioni trimestrali e 1 di consuntivo	Direzione Professioni Sanitarie
E.10 - continuità ospedale - territorio	E.10.4 - attivare specifici interventi riabilitativi domiciliari su casi complessi al fine di evitare l'ospedalizzazione/relazione del direttore di struttura	sì	Direzione Professioni Sanitarie
E.10 - continuità ospedale - territorio	E.10.6 - revisione del protocollo per la gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica del minore/presenza del protocollo (IAF, Pediatria e Psichiatria)	sì	Direttore IAF Distretto 1
E.10 - continuità ospedale - territorio	E.10.7 - definire un protocollo per la violenza di genere/presenza del protocollo	sì	Direttore IAF Distretto 1

E.10 - continuità ospedale - territorio	E.10.8 - documento di riorganizzazione della rete dei punti prelievo/presenza del documento (Laboratorio, D1 e D2)	sì	Direzione Medica Ospedaliera
---	--	----	------------------------------

AREA H - ADEMPIMENTI			
D.H.2 - Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017	D.H.2.1 - % standard rispettati	100%	Cure Primarie
D.H.4 - Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	D.H.4.1 - Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	100%	SerD
H.7 - piani di razionalizzazione della spesa	H.7.1 - presentare il Piano 2019-2021 ed eventuali sue integrazioni e modifiche richieste dagli uffici regionali da redigere secondo quanto comunicato con nota prot. 529222 del 29 dicembre 2016/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Contabilità e Bilancio
H.9 - risultato economico	H.9.1 - determinare il Risultato Economico effettivo rispetto al Risultato Economico programmato: puntuale riscontro, previsione, presentazione delle rendicontazioni regionali/scheda fornita dagli uffici Regionali sul risultato economico effettivo rispetto al programmato compilata	sì	Contabilità e Bilancio
H.10 - tavolo tecnico aziendale sulla spesa farmaceutica, DM, assistenza protesica, ecc.	H.10.1 - dare applicazione alle decisioni assunte dal tavolo tecnico aziendale/evidenza delle applicazioni attraverso relazione	100%	Controllo di Gestione
H.11 - fatturazione elettronica	H.11.1 - attivare la fatturazione elettronica attiva verso privati e ditte/fatture attive elettroniche verso ditte e privati	100%	Contabilità e Bilancio
H.12 - attività di Azienda Zero	H.12.1 - avviare ed eseguire le attività di Azienda Zero di cui all'art.2 della LR 19/2016 per quanto previsto dal Piano Annuale in materia di acquisizione di beni e servizi/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
H.12 - attività di Azienda Zero	H.12.2 - integrare l'attività per il reclutamento con Azienda Zero: mobilità, tempi determinati, avvisi UOC, incarichi lavoro autonomo, e relazioni per tempistica concorsi/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Risorse Umane
H.16 - gestione nuovi istituti CCNL per orario di lavoro	H.16.1 - adeguare la gestione delle presenze assenze alle nuove disposizioni di attuazione CCNL e CCIA e relativi controlli/evidenza dell'azione attraverso relazione	sì	Risorse Umane
H.20 - piano guardie e pronta disponibilità	H.20.1 - adeguare il piano guardie e pronte disponibilità alle direttive regionali ed alle esigenze organizzative/relazione di attuazione	sì	Direzione Medica Ospedaliera
H.24 - disposizioni previste dal D. Lgs. 81/08 nella fase di emanazione di gare di appalto per forniture, servizi e cantieri	H.24.1 - redarre il Documento Unico di Valutazione dei Rischi interferenziali per le gare ed appalti a seguito di richiesta degli uffici competenti (Ufficio tecnico, Provveditorato e Azienda Zero), escluso computo analitico costi/n. DUVRI trasmessi agli uffici competenti entro i termini utili per la pubblicazione (percentuale dei duvri trasmessi sul totale dei richiesti)	90%	Prevenzione e Protezione
H.25 - valutazione dei rischi	H.25.1 - aggiornare il documento di valutazione dei rischi nelle singole sezioni del DVR in funzione delle modifiche organizzative e/o strutturali intervenute nel corso del 2019/n. di documenti aggiornati e inseriti nel sito intranet aziendale	30	Prevenzione e Protezione
H.25 - valutazione dei rischi	H.25.2 - garantire la sorveglianza sanitaria e valutazione dei rischi: partecipazione alla individuazione dei rischi attraverso sopralluoghi con SPP/verbale di sopralluogo agli atti del servizio	almeno 2 sopralluoghi	Medico Competente
H.29 - documento di armonizzazione	H.29.1 - supportare tecnicamente la costruzione del documento di armonizzazione della programmazione locale dei Distretti 1 e 2 (riplanificazione e valutazione), redatto secondo le disposizioni regionali/evidenza delle azioni	rispetto indicazioni e scadenze regionali	Ufficio per il Sociale
H.30 - piano di zona	H.30.1 - presentare il documento relativo alla programmazione locale (Piano di Zona) anno 2019 secondo quanto previsto da disposizioni e linee guida regionali/documento di programmazione locale (PdZ) anno 2019	rispetto scadenze regionali	Ufficio per il Sociale

H.31 - definizione del piano di zona anni 2020-2022	H.31.1 - avviare i lavori al fine di definire il Piano di Zona 2020-2022/verbali dei tavoli di lavoro	evidenza dell'azione	Ufficio per il Sociale
H.35 - registro dei trattamenti	H.35.1 - mantenere aggiornato il registro dei trattamenti/registo aggiornato	100%	Ufficio per la Protezione dei Dati
H.36 - autorizzazione e accreditamento	H.36.1 - organizzare le visite di verifica richieste dalla Regione e dai Comuni/relazione del direttore di struttura con evidenza delle attività svolte	sì	Qualità e Gestione del Rischio Clinico
S.A.2 - Efficienza finanziaria	S.A.2.1 - Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg	Bilancio
S.A.2 - Efficienza finanziaria	S.A.2.2 - Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	Bilancio
S.A.3 - Proseguimento del percorso attuativo della certificabilità (PAC)	S.A.3.1 - Revisione/stesura procedure previste dal PAC e adozione misure di miglioramento/ contenimento dei rischi suggerite nei rapporti di audit	Nei tempi previsti dai rapporti di audit	Bilancio
S.A.4 - Internal audit	S.A.4.1 - Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Internal audit
S.B.1 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.2 - Rispetto del piano di adeguamento tecnico-organizzativo	Secondo le scadenze date da Azienda Zero	Tecnico
S.C.3 - Rispetto delle tempistiche per le assunzioni autorizzate	S.C.3.1 - % assunzioni di personale entro 3 mesi dall'autorizzazione	≥ 90%	Gestione Risorse Umane
S.E.1 - Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1 - Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI	Ufficio per la Trasparenza e Anticorruzione
S.F.1 - Risoluzione delle criticità emergenti dalla Verifica degli adempimenti LEA 2018 e adempienza rispetto agli adempimenti 2019	S.F.1.1 - Recupero di eventuali impegni 2018 e puntuale espletamento di tutte le attività richieste dagli adempimenti 2019	SI	UOS Sistemi Informativi
S.F.2 - Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.2.1 - % richieste puntualmente soddisfatte	100%	UU.OO. Aziendali

AREA X - EFFICIENZA E MIGLIORAMENTO

D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	PRE REQUISITO (a OBT. D.E.1) - Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50	% indicatori rispettati	Controllo di Gestione
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.1 - % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.2 - % prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.3 - % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale

D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.4 - % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.5 - % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.6 - % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	≥ 95%	Specialistica Ambulatoriale
D.E.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.1.7 - Perfezionamento presa in carico visite di controllo radiologica, reumatologica, neurologica e oncologica	Soglie definite nel vademecum	UU.OO. coinvolte
D.E.2 - Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.2.1 - Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	≤ 40% o riduzione	Cure Primarie
D.T.1 - Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.2 - % ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	0 (punteggio parziale se ≤ 6,9)	Psichiatria
D.T.2 - Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.1 - % azioni di miglioramento realizzate a seguito della verifica effettuata nel 2018	100%	COT
D.T.2 - Svolgimento delle attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) nel rispetto di tutti gli standard regionali	D.T.2.2 - Calcolo del set di indicatori di monitoraggio delle COT	SI	COT
O.A.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di permanenza in PS (DGR 1513/2014)	O.A.1.1 - Durata di accesso in Pronto Soccorso (l'indicatore prevede nuovi criteri di inclusione)	≤ 4 ore	Pronto Soccorso
O.T.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.1 - % DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	≥90%	UU.OO. Chirurgiche
O.T.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	O.T.2.2 - % DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	UU.OO. Chirurgiche
O.T.6 - Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.1 - ATTRAZIONE INTERREGIONALE E INTERNAZIONALE (onere=7): valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate presso tutte le strutture pubbliche	>= 10%	Direzione Medica Ospedaliera
O.T.6 - Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.6 - FUGA INTERREGIONALE: valorizzazione economica per prestazioni di ricovero erogate fuori Regione	<= -3%	Funzione Ospedaliera
O.T.6 - Miglioramento del valore del saldo di mobilità per assistenza ospedaliera	O.T.6.7 - FUGA INTRAREGIONALE: Diminuzione del numero di pazienti che effettuano chemioterapia (ricoveri + specialistica) fuori ULSS	>= 50	Funzione Ospedaliera
O.T.8 - Rischio clinico: audit aziendali su eventi avversi	O.T.8.2 - Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	≥ 10 audit su eventi avversi	UU.OO. coinvolte
S.B.1 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.3 - Operatori formati per gestire correttamente i livelli di confidenzialità dei documenti (privacy)	Soglie definite nel vademecum	Tecnico
X.9 - sicurezza del paziente	X.9.1 - raccogliere, inserire, analizzare i dati, partecipare alla formazione aziendale trasversale sul tema sicurezza del paziente (cadute, rischio clinico, incident reporting)/relazione di attuazione	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.9 - sicurezza del paziente	X.9.2 - rivedere il protocollo del Piano Emergenza Maxi Afflusso/percorso rivisto (Direzione Medica Osped.ra, CO118, Pronto Soccorso Rovigo e Adria, Anestesia e Rianimazione)	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.9 - sicurezza del paziente	X.9.3 - rivedere il protocollo del Piano di Emergenza Clinica Interna/percorso rivisto (Direzione Medica Osped.ra, CO118, Pronto Soccorso Rovigo e Adria)	sì	Direzione Medica Ospedaliera

X.10 - sale operatorie	X.10.2 - rivedere periodicamente (gen – apr – lug – ott) il piano dell'offerta delle sale operatorie RO – TR – AD alla luce delle esigenze organizzative/relazione di attuazione	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.10 - sale operatorie	X.10.3 - monitorare a giornate campione i tempi di sala operatoria al fine di proporre delle azioni di miglioramento/prenza del monitoraggio, analisi dei dati e proposta di almeno due azioni di miglioramento	sì	Direzione Professioni Sanitarie
X.11 - progetto dossier	X.11.1 - supervisionare e coordinare il Progetto Dossier delle competenze del personale/evidenza per singole aree dei dossier delle competenze	3 relazioni trimestrali e 1 di consuntivo	Direzione Professioni Sanitarie
X.12 - riorganizzazione delle unità operative/servizi	X.12.1 - ridefinire le modalità di gestione dell'orario di lavoro per personale area comparto nell'ambito della riorganizzazione ospedaliera/ <ul style="list-style-type: none"> • attribuzione corretta del personale delle diverse aree ai centri di presenza SIGMA. • definizione dei modelli orari del personale in applicazione del contratto • ridefinizione del mix di competenze nelle diverse aree professionali alla luce del mutato 	3 relazioni trimestrali e 1 di consuntivo	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.1 - revisionare i processi organizzativi dei 3 screening oncologici (corresponsabili UOC Ginecologia,UOC Radiologia,UOC Laboratorio e Gastroenterologia)/n.3 procedure operative aggiornate	sì	SISP
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.2 - collaborare all'implementazione di modelli organizzativi innovativi/evidenza dell'azione	sì	Professioni Sanitarie - Dip. Prev.
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.3 - collaborare all'integrazione di modalità operative trasversali del dipartimento/evidenza dell'azione	sì	Professioni Sanitarie - Dip. Prev.
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.5 - collaborare alla realizzazione delle attività propedeutiche all'adozione del nuovo modello di riorganizzazione della rete provinciale del 118 (CO118, Pronto Soccorso Rovigo e Adria)/evidenza dell'applicazione del modello di riorganizzazione	sì	Direttore di Struttura
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.6 - uniformare la documentazione infermieristica nelle tre sedi/documentazione omogenea adottata	entro il 31/12/2019	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.7 - implementare dei percorsi di formazione e addestramento del personale al fine di garantire la gestione flessibile delle risorse umane tra sedi/evidenza dell'azione	sì	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.7 - implementare dei percorsi di formazione e addestramento del personale al fine di garantire la gestione flessibile delle risorse umane tra sedi/n. di gg di utilizzo operatori tra sedi	> 5 gg	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.8 - predisporre e implementare un modello organizzativo unitario (ospedali RO/TR/AD e territorio)/ <ul style="list-style-type: none"> • documento predisposto • implementazioni secondo il calendario predisposto 	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.8 - predisporre e implementare un modello organizzativo unitario (ospedali RO/TR/AD)/documento predisposto	sì	Funzione Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.8 - predisporre e implementare un modello organizzativo unitario di rete gastroenterologica (ospedali RO/AD e territorio)/ <ul style="list-style-type: none"> • documento predisposto • implementazioni secondo il calendario predisposto 	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.9 - <ul style="list-style-type: none"> • implementare dei percorsi di formazione e addestramento del personale al fine di garantire la gestione flessibile delle risorse umane tra sedi • aggiornare/rivedere procedure /• n. di gg di utilizzo operatori tra sedi • procedure aggiornate 	<ul style="list-style-type: none"> • > 5 gg • sì 	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.10 - revisione del modello organizzativo unitario del polo angiografico/documento di analisi (radiologia, terapia del dolore, neuroradiologia, diagnostica interventistica cardiovascolare)	sì	Funzione Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.11 - garantire la presa in infermieristica del paziente che accede all'ambulatorio psoriasi/documento di analisi e definizione del percorso	entro 31/12/2019	Direzione Professioni Sanitarie
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.12 - proporre e implementare un modello organizzativo di gestione unitaria delle sale operatorie nelle tre sedi ospedaliere/ <ul style="list-style-type: none"> • presenza del documento • evidenza dell'implementazione 	sì	Funzione Ospedaliera

X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.13 - revisione del modello organizzativo della presa in carico del pz IMA-STEMI nella fascia oraria notturna e sabato/festivi diurni/documento sottoscritto e implementazione	entro il 31/12/2019	Funzione Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.14 - collaborare alla riorganizzazione del processo di gestione degli ausili protesici/relazione dell'attività svolta	entro il 31/12/2019	Cure Primarie D1
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.15 - riesaminare il modello organizzativo per la gestione unitaria delle attività trasfusionali in ambito aziendale/presenza del documento	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.16 - avviare il processo trasfusionale nelle sedi del territorio Ulss 5/presenza istruzioni operative	sì	Direttore di Struttura
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.17 - implementare un modello organizzativo di gestione unitaria su base provinciale/presenza del documento	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.18 - implementare un progetto di dematerializzazione della diagnosi ambulatoriale propedeutico alle pubblicazioni della diagnostica anatomo-patologica su FSRe/presenza del documento	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.19 - definire un documento di integrazione tra l'anatomia patologica e le attività di biologia molecolare/presenza del documento	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.20 - consolidamento di gestione unitaria dei laboratori della provincia/relazione del direttore di struttura sullo stato dell'arte	documento	Funzione Ospedaliera
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.20 - revisionare il modello organizzativo della UOSD Microbiologia aumentando le presenze del personale/ • progetto di revisione organizzativa • riduzione TAT emocolture	documento	Direttore di Struttura
X.14 - processi/modelli organizzativi/operativi	X.14.21 - implementare un modello organizzativo di gestione unitaria su base aziendale/presenza del documento	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.15 - formazione del personale	X.15.2 - predisporre un percorso formativo per l'avvio di percorsi a gestione infermieristica autonoma/corso di formazione	almeno 1	Direzione Professioni Sanitarie
X.15 - formazione del personale	X.15.3 - integrare le competenze attraverso la formazione di almeno un operatore per gruppo di specialità in altra disciplina/n. di operatori formati	almeno 4	Direzione Professioni Sanitarie
X.15 - formazione del personale	X.15.5 - organizzare degli incontri formativi sui contenuti del codice di comportamento e della normativa sulla trasparenza e anticorruzione/numero di incontri formativi	almeno 1	Ufficio per la Trasparenza e l'Anticorruzione
X.19 - trasporti intraospedalieri	X.19.1 - garantire i trasporti interpedalieri di paziente critico tra i tre presidi/evidenza dell'azione	relazione del direttore di struttura	Direzione Medica Ospedaliera
X.20 - metodica diagnostica 68Ga-Dotatoc PET	X.20.1 - implementare le competenze dell'equipe di Medicina Nucleare per l'adozione della nuova metodica nella routine quotidiana/presenza del progetto formativo	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.21 - sistema "Adaptive RadioTherapy"	X.21.1 - implementare le competenze dell'equipe di Radioterapia per l'adozione del nuovo sistema/presenza del nuovo protocollo	sì	Direzione Medica Ospedaliera
X.22 - consolidamento del laboratorio ad alta automazione, dei test di sierologia infettivologica	X.22.1 - • valutare le risorse necessarie • predisporre il piano delle azioni • trasferire l'attività diagnostica della sierologia infettivologica da Microbiologia/Trasfusionale a Medicina di Laboratorio /• relazione congiunta dei responsabili di struttura • responsabilità nella validazione tecnica e clinica definite	sì	Funzione Ospedaliera
X.23 - gestione turn over personale TSLB con mantenimento dei tempi di refertazione	X.23.1 - aumentare le competenze del personale TSLB nel settore citologia per gestire il cambiamento/presenza di un protocollo di azioni adottate	sì	Direttore di Struttura

X.24 - consolidamento del SAQ per lo screening mammografico	X.24.1 - • valutare e misurare la qualità delle prestazioni mammografiche di screening prodotte dai TSRM dedicati • effettuare controlli quotidiani sui mammografi digitali (TSRM) • curare gli aspetti relazionali con la paziente /• schede di valutazione di qualitative di screening (POGMIR) • report CQ sui mammografi giornalieri (TSRM dedicati-screening) della Radiologia • report CQ sui mammografi annuali (TSRM di Fisica)	sì	Direttore di Struttura
X.25 - sostituzione scanner TC con nuove tecnologie per uso clinico	X.25.1 - garantire i controlli di accettazione dopo l'installazione delle TC/report avvenuti dei CQ di accettazione	sì	Direttore di Struttura
X.25 - sostituzione scanner TC con nuove tecnologie per uso clinico	X.25.2 - aggiornare le competenze del TSRM e del personale infermieristico/utilizzo delle nuove TC nella pratica quotidiana e nuovi protocolli integrati nelle tre sedi radiologiche	relazione del direttore di struttura	Direttore di Struttura
X.26 - avvio nuove attività	X.26.1 - sviluppare attività orientate alla riabilitazione del pavimento pelvico/evidenza dell'azione	entro il 31/12/2019	Direzione Professioni Sanitarie
X.26 - avvio nuove attività	X.26.2 - avviare l'attività riabilitativa all'interno della casa circondariale di Rovigo/n. ore settimanali	almeno 3	Direzione Professioni Sanitarie
X.27 - qualità percepita	X.27.1 - misurare la qualità percepita del percorso chirurgico dal pre al post ricovero/questionario di gradimento/report/audit	evidenza dell'azione	Direzione Professioni Sanitarie
X.30 - certificazione ISO 9001:2015	X.30.1 - ottenere la certificazione/certificazione	entri il 31/12/2019	Direzione Medica Ospedaliera
X.30 - certificazione ISO 9001:2015	X.30.2 - predisporre il PDTA della prostata/PDTA redatto	entri il 31/12/2019	Direzione Medica Ospedaliera

Capitolo 4

Il ciclo di gestione della performance: LA TRASPARENZA

Secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e da specifiche linee di indirizzo regionali in materia di misurazione e valutazione (in particolare la DGRV 140/2016), nonché dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74, nell'Azienda ULSS 5 Polesana il Ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi strategici impartiti dalla Regione, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione delle risorse strumentali e di costo a disposizione e nel rispetto delle vigenti disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e valutazioni intermedie per stati di avanzamento, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione annuale dei risultati e valutazione finale a consuntivo;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con le normative di legge, i vigenti CC.CC.NN.LL. e con i contratti integrativi aziendali;
- f) rendicontazione dei risultati mediante pubblicazione sul sito aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Il Ciclo della performance prevede uno stretto collegamento tra la definizione degli obiettivi e la gestione dei sistemi incentivanti; in particolare è previsto che l'erogazione degli incentivi avvenga solo a seguito delle valutazioni infrannuali degli stati di avanzamento e della valutazione finale a consuntivo.

Con il recente Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015", sono stati introdotti meccanismi di riconoscimento del merito e della premialità, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

Tra le principali novità del provvedimento:

- il rispetto delle norme in tema di valutazione costituisce non solo condizione necessaria per l'erogazione di premi, ma rileva anche ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale e del conferimento degli incarichi dirigenziali;
- la valutazione negativa delle performance rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e, in casi specifici e determinati, a fini disciplinari;

- gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), in base alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, dovranno verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalare eventuali necessità di interventi correttivi; sono previsti strumenti e poteri incisivi per garantire il ruolo degli OIV, con riferimento al potere ispettivo, al diritto di accesso al sistema informatico e agli atti e documenti degli uffici;
- si riconosce per la prima volta un ruolo attivo dei cittadini ai fini della valutazione della performance organizzativa, mediante la definizione di sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi;
- nella misurazione delle performance individuale del personale dirigente è attribuito un peso prevalente ai risultati della misurazione e valutazione della performance dell'ambito organizzativo di cui hanno essi diretta responsabilità.

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione, realizzazione e controllo che sono supportate dai seguenti strumenti:

- il Piano triennale della performance;
- il Documento annuale delle direttive di budget, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- il Budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi e del rapporto costo/qualità delle Unità operative;
- il Sistema di reporting, con indicatori puntuali per la Direzione aziendale e per le Unità Operative.

Data la complessità di applicazione del Ciclo aziendale della performance nelle strutture sanitarie, i soggetti coinvolti nella sua gestione sono numerosi e un buon risultato finale è dato dal loro reciproco livello di integrazione.

La **Direzione aziendale** ha il compito di assegnare gli obiettivi alle singole articolazioni aziendali, tenendo conto delle indicazioni regionali, di monitorarne l'andamento generale e di valutare complessivamente i risultati raggiunti.

La **UOC Controllo di gestione** è la struttura tecnica di supporto che ha principalmente il compito di:

- sovrintendere all'intero sviluppo del Ciclo della performance;
- preparare e gestire le schede di budget con gli obiettivi specifici per le singole articolazioni aziendali;
- contribuire a fornire i dati di attività e di costo per il monitoraggio periodico e finale (dati generali e trasversali);
- collaborare con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nella predisposizione dei materiali di valutazione, del Documento di validazione della Relazione sulla performance e della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni che ne costituisce parte integrante;
- pubblicare la documentazione relativa all'attività dell'OIV sull'apposita sottosezione della sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale.

L'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** ha il compito di garantire che tutte le fasi del Ciclo aziendale della performance vengano svolte secondo le indicazioni normative nazionali e regionali, oltre alle nuove funzioni introdotte dal D.Lgs 74/2017.

I **Direttori/Responsabili delle diverse articolazioni aziendali**, secondo i livelli di responsabilità e di funzionamento indicati nell'Atto aziendale, hanno il compito di:

- contribuire con la Direzione aziendale a definire le schede di budget con gli obiettivi specifici;
- illustrare a tutto il personale della struttura gli obiettivi di budget contenuti nella scheda;
- perseguire gli obiettivi specifici indicati nelle rispettive schede di budget;
- contribuire a fornire i dati di attività per il monitoraggio periodico e finale (dati specifici);
- fare il monitoraggio periodico e attivare eventuali interventi correttivi;
- predisporre le conseguenti valutazioni periodiche e finali di 1° e 2° istanza, a seconda dei livelli di responsabilità indicati nell'Atto aziendale.

La **UOC Gestione risorse umane** ha il compito di definire gli accordi integrativi aziendali in materia con le OO.SS. e di erogare gli incentivi sulla base delle valutazioni degli stati di avanzamento e della valutazione consuntiva finale.

Le principale attività, i principali strumenti e le tempistiche di supporto al Ciclo della performance 2019 sono sintetizzate nella tabella seguente.

<i>attività</i>	<i>strumenti</i>	<i>tempistica</i>
Individuazione degli obiettivi aziendali da raggiungere	Incontri della Direzione Aziendale con i direttori delle macro articolazioni aziendali	Novembre 2018 Gennaio 2019
	Piano della performance 2019-2021	31 Gennaio 2019
	Documento di direttive aziendali per la definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del budget 2018	Bozza del 07 novembre 2018 In attesa della DGRV che assegna alle aziende sanitarie gli obiettivi specifici per il 2019
	Aggiornamento del Piano della performance 2019-2021 e del Documento delle Direttive 2019, a seguito di approvazione della DGRV 248 del 8 marzo 2019, che assegna alle aziende sanitarie gli obiettivi specifici	Aprile 2019
Assegnazione alle articolazioni aziendali degli obiettivi da raggiungere e allocazione delle risorse	Schede di budget 2019 delle singole articolazioni aziendali in attesa della DGRV che assegna alle aziende sanitarie gli obiettivi specifici per il 2019	Febbraio/Marzo 2019
	Schede di budget 2019 delle singole articolazioni aziendali revisionate a seguito di approvazione della DGRV 248 del 8 marzo 2019, che assegna alle aziende sanitarie gli obiettivi specifici	Marzo/Aprile 2019
Adozione della deliberazione di presa d'atto delle schede di budget 2019	Delibera del Direttore Generale	Maggio 2019

<i>attività</i>	<i>strumenti</i>	<i>tempistica</i>
Illustrazione degli obiettivi a tutto il personale afferente alla struttura da parte del direttore di U.O.	Verbali dell'incontro di illustrazione degli obiettivi della scheda di budget	dopo la definizione della scheda di budget
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	<ul style="list-style-type: none"> – Report periodici messi a disposizione delle articolazioni aziendali dalla UOC Controllo di gestione (dati generali e trasversali) – Documenti di monitoraggio prodotti dalle singole articolazioni aziendali (dati specifici) 	mensile e/o trimestrale, a seconda degli indicatori
Valutazioni degli stati di avanzamento della performance organizzativa	Documenti di valutazione di 1° istanza (a cura del livello gerarchico superiore alla struttura valutata)	Quadrimestrale: 1° quadrim. al 30/04/2019 2° quadrim. al 31/08/2019 3° quadrim. al 31/12/2019
Valutazione annuale della performance organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> – Documenti di valutazione di 1° istanza (a cura del livello gerarchico superiore alla struttura valutata) – Documenti di valutazione di 2° istanza (a cura del livello gerarchico superiore al valutatore di 1° istanza) 	30 giugno 2020
	Relazioni delle singole articolazioni aziendali per controdedurre alla valutazione di seconda istanza	31 agosto 2020
Valutazione annuale della performance individuale	Schede di valutazione individuale (a cura del superiore gerarchico)	Luglio/Agosto 2020
Gestione dei sistemi incentivanti	Accordi integrativi aziendali con le OO.SS. in materia di sistemi incentivanti	1° trimestre 2019
	Incentivi mensili a delle valutazioni infrannuali	Mensile
	Erogazione del saldo annuale a seguito della valutazione a consuntivo	successiva alla validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'OIV
Supervisione del Ciclo della performance	Atti dell'OIV	tempistiche previste da normative nazionali e regionali