



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 121 DEL 31/01/2018

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: Adozione Piano Triennale delle Performance anni 2018-2020.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pasquale Flacco, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 1023 del 10 dicembre 2015 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto della UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, datata _____;

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____

Il Direttore Amministrativo Aziendale
(Dott.ssa Tiziana Fulvia Petrella)

Parere favorevole _____

Il Direttore Sanitario Aziendale
(Dott. Vincenzo Orsatti)

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Pasquale FLACCO)



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Proposta di deliberazione *per il* *Direttore Generale*

Oggetto: Adozione Piano Triennale delle Performance anni 2018-2020.

Il Dirigente dell'Unità Operativa UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

PREMESSO:

CHE in attuazione della L. R. n. 5 del 10.3.08, la Giunta Regionale con deliberazione n. 796 del 28.12.2009, a far data dal 1.1.2010, ha istituito l'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti;

CHE con delibera n. 1460 del 30 novembre 2011 veniva adottato l'Atto Aziendale della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, successivamente modificato e aggiornato con deliberazioni n. 664 del 15 maggio 2013, n. 1470 del 10 ottobre 2013 e n. 890 del 2 luglio 2014;

VISTI:

- la L. R. n. 146/1996, così come modificata e integrata dalla L. R. 15/2004, con la quale, in attuazione del D.L.vo n. 502/92 e ss.mm. e ii., la Regione Abruzzo ha emanato nuove norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende Sanitarie;
- il D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 recante "Attuazione della L. 15 del 4.3.2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm. e ii.;
- la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010, con la quale la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) ha approvato la "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 150/2009), contenente istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo di gestione della performance;
- il Prospetto degli Obiettivi del Direttore Generale della Asl Lanciano-Vasto- Chieti assegnati con la delibera di Giunta regionale di nomina del Direttore Generale dr. Pasquale Flacco n. 1023 del 10/12/2015 allegato B per i primi 18 mesi di attività;



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

- l'approvazione delle risultanze del procedimento di valutazione compiuto dalla Struttura dipartimentale della regione Abruzzo in ordine alla verifica positiva dei risultati conseguiti e degli obiettivi raggiunti dal Direttore Generale Pasquale Flacco relativamente ai primi 18 mesi di attività (23.12.2015-22.06.2017) riportanti in dettaglio nella scheda allegata A all'atto di GRA n. 569 dell'11/10/2017 e la conseguente conferma quale D.G. della Asl Lanciano Vasto Chieti e medio tempore degli stessi obiettivi già assegnati, ma con riserva di modifica ed integrazione degli stessi con successivo provvedimento;
- l'assegnazione degli obiettivi prioritari economico – finanziari e strumentali e di salute per l'anno 2018 ai Direttori Generali delle aziende UU.SS.LL. nei termini di cui all'atto di GRA del 24/1/2018 n. 27 che procede a ridefinire il sistema degli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2018 indicati nel "Prospetto degli obiettivi" di cui all'allegato A suddivisi in sezione A (economici) e sezione B (di salute) e il conseguente sistema valutativo e di punteggio pari a 190 punti massimi;
- il riferimento, inoltre, alla valutazione di ulteriori 10 punti che afferiscono alla valutazione sul rispetto degli adempimenti e sul raggiungimento di ulteriori obiettivi, individuati nell'ambito di provvedimenti programmatori e/o sanciti da disposizioni normative, nazionali e regionali nella considerazione che i provvedimenti programmatori, avranno efficacia integrativa anche a modifica ed implementazione degli obiettivi di cui all'allegato A della delibera di GRA N: 27/2018;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1292 del 30.11.2017 avente ad oggetto "Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2018-2020: Piano Strategico, Bilancio Pluriennale 2018-2020 e Piano Programmatico di esercizio 2018";
- il Piano Triennale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione 2018-2020 di cui all'atto n.120 del 31/1/2018;

Ritenuto

- di dover procedere all'adozione del "Piano Triennale delle Performance 2018-2020" e i relativi documenti che, allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale, finalizzato alla realizzazione di un supporto tecnico e metodologico per l'attuazione delle varie fasi del ciclo di performance con un graduale miglioramento in relazione sia al processo di redazione (fasi, attività e strutture competenti) sia ai contenuti;
- di indicare che le informazioni contenute nel presente atto aggiornano e richiamano gli atti precedenti aventi lo stesso oggetto tenendo conto delle diversità organizzative e dimensionali derivanti dall'adozione del nuovo atto aziendale, approvato con deliberazione n.1200 del 30/11/2017 ancora sottoposta al vaglio di verifica dell'ente regionale, precisando che i riflessi sull'organizzazione e l'ambito di applicazione, sarà graduale, compatibilmente alle indicazioni regionali;



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

- di precisare che il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale, dalla Giunta Regionale, è inscindibile dalle singole capacità professionali e manageriali sia della Direzione Sanitaria e Amministrativa Aziendale sia della dirigenza apicale sanitaria e non sanitaria, i cui ruoli e competenze sono determinanti ai fini della corretta attribuzione degli obiettivi e dell'efficace processo di misurazione e valutazione, non solo generale ma anche individuale, quale aspetto della performance organizzativa, di tipo gestionale-manageriale, collegata alla specifica funzione del direttore di UOC e di UOSD quali gestori delle risorse economiche assegnate;
- di stabilire pertanto che il Direttore Sanitario Aziendale e il Direttore Amministrativo Aziendale condividono tutti gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con eguale grado di partecipazione;
- che la dirigenza apicale sarà sottoposta al processo di misurazione dei risultati con le modalità previste nella scheda di budget 2018 e nella scheda di valutazione dei risultati individuali;
- che gli esiti del procedimento di valutazione dei risultati, avrà corrispondente effetto sull'entità delle retribuzioni del risultato relativamente al corrispondente anno di verifica, con le modalità di cui agli accordi integrativi aziendali del 28.11.2017, o a quelli successivi, modificativi e/o integrativi che dovessero essere adottati;
- richiamare pertanto, nell'ambito di applicazione del ciclo di performance, i nuovi regolamenti in materia di affidamento valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali per l'area della dirigenza medica e veterinaria e per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa di cui agli atti nn. 28 e 40/2018,

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

di adottare il “Piano Triennale delle Performance 2018-2020” e i relativi documenti che, allegati al presente atto, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

di dare mandato alla UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance di avviare il Ciclo della Performance e il processo di Budget per l'anno 2018, anche con riferimento all'intero sistema degli obiettivi indicati nel piano triennale, nel piano strategico e negli atti di programmazione regionale e nazionale;

di stabilire pertanto che il Direttore Sanitario Aziendale e il Direttore Amministrativo Aziendale condividono tutti gli obiettivi assegnati al Direttore Generale con eguale grado di partecipazione;

di precisare che la dirigenza apicale sarà sottoposta al processo di misurazione dei risultati con le modalità previste nella scheda di budget 2018 e nella scheda di valutazione dei risultati individuali;

di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva;



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

di disporre la pubblicazione del presente atto e dell'allegato Piano sul sito istituzionale aziendale nella Sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Performance" – "Piano delle Performance" presente nella home-page, al fine di darne la massima diffusione;

di trasmettere copia del presente atto alla UOC Affari Generali e Legali per la successiva pubblicazione nell'Albo Pretorio, alla UOC Programmazione Strategica e Sistemi di Performance, ai Responsabili di Strutture a Staff, ai Direttori delle Aree Dipartimentali per la successiva comunicazione alle strutture afferenti, ai Direttori di Presidio, ai Direttori NOD, all'Organismo di Valutazione, al Collegio Sindacale nonché alla Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo.

La presente deliberazione consta di n. pagine.

Data

Data

31/1/2018

Il Dirigente
(Dott. Paolo Mascitti)

Il Direttore dell'U.O.C.
(Dott.ssa Tiziana Spadaccini)



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n..... del bilancio (*anno*)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

15 MAR. 2018

1 2 6 6 3 7

con prot. n. _____

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto

Rosello



**ALLEGATO:
SCHEDE PIANO
DELLE PERFORMANCE
2018-2020**

A cura della
U.O.C. Progettazione Strategica e Sistemi di Performance

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script.

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (AREA ECONOMICA)

Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2018
Attuazione interventi connessi alla razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera	Rispetto dei parametri dimensionali relativi ai posti letto delle UU.OO.CC.	Conformità pari o > all'80% = 5	- Rispetto dei parametri riferiti nel nuovo atto aziendale con redistribuzione dei posti letto – nell'area Medica del P.O. di Chieti – nell'area Medica del P.O. di Vasto
		Conformità < all'80% = 0	
Spesa personale	2.a Spesa personale dipendente complessivamente inteso	2.a Rispetto del tetto di spesa = 3	- Monitoraggio tetti di spesa strumenti di programmazione
		Scostamento entro 0,5% = 1,5	
	Scostamento oltre 0,5% = 0		
	2.b Spesa personale con rapporto di lavoro flessibile	2.b Rispetto del tetto di spesa = 2	
		Non rispetto del tetto = 0	
Spesa farmaceutica	3.a Rispetto del tetto di spesa farmaceutica territoriale	3.a Rispetto del tetto di spesa = 7,5	- Territoriale: 7,96% (9,96% 2017)
		Scostamento entro 1% = 3,75	- Riduzione progressiva
		Scostamento oltre 1% = 0	

ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

<p>3.b Rispetto del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera</p>	<p>3.b Rispetto del tetto di spesa = 7,5</p>	<p>- Ospedaliera: 6,89% (9,87% 2017)</p>
	<p>Scostamento entro 1% = 3,75</p>	<p>- Riduzione progressiva</p>
	<p>Scostamento oltre 1% = 0</p>	<p>- Supporto alla verifica della spesa rilevata nel flusso tracciabilità per riconciliazione con CE - Monitoraggio farmaci ad alto costo</p>
<p>Spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici</p>	<p>4.1 Contenimento della spesa annuale di tutte e tre le voci entro i valori del programmatico 2018 = 10</p>	<p>4.1 Contenimento dei costi per le voci "Prodotti farmaceutici ed emoderivati", "Altri beni sanitari e non sanitari" e "Servizi"</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>per: - prodotti farmaceutici ed emoderivati pari € 68.376.000; - altri beni sanitari e non sanitari pari ad € 59.393.000; - servizi pari ad € 82.870.000.</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>Contenimento della spesa annuale di almeno due delle voci entro i valori del programmatico 2018 = 5</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>4.2 Rispetto del tetto di spesa annuale per dispositivi medici</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>4.2 Contenimento della spesa annuale per dispositivi medici entro il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4% = 5</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>Spesa annuale per dispositivi medici superiore al tetto di spesa nazionale fissato al 4,4% ma con una variazione, rispetto all'anno precedente, almeno pari a - 2% = 3</p>
	<p>Restanti casi = 0</p>	<p>- Razionalizzazione della spesa per dispositivi medici per riduzione del tetto da 7,9 a 4,4</p>

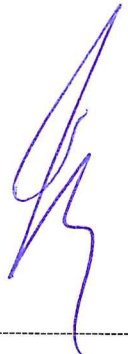
ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

Tempi medi di pagamento	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Indicatore pari o < a - 5 = 5 Indicatore > - 5 o pari a 0 = 3 Indicatore > 0 = 0	- Riduzione dell'indicatore annuale anno 2017: 26,79. IV trimestre 2017: 1,99
Flussi Informativi	Rispetto dei seguenti aspetti: completezza nella rilevazione dei dati, qualità dei dati inviati, tempestività dell'invio dei dati relativi ai singoli flussi informativi	Completo rispetto dei tre aspetti per tutti i flussi previsti = 15 Rispetto mancato o parziale dei tre aspetti per tutti i flussi previsti = 0 - 14	- Istituzione gruppo di lavoro per analizzare i flussi e per la validazione dei dati finalizzata al raccordo con il CE
Sanità digitale - ICT	7.a Dematerializzazione ricetta medica cartacea 7.b Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	7.a se > 90% = 3 se > 70% = 2 se < 70% = 0 7.b se integrati i LIS = 1 se integrati altri gestionali = 1	- Aumento della dematerializzazione della ricetta specialistica (attuale 60%) - Verifica interfaccia del LIS di laboratorio con FSE (fascicolo sanitario elettronico) - Realizzare nuova integrazione di altri LIS con test già definiti
Adozione degli strumenti di programmazione	Adozione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti dalla Regione (30 novembre)	Rispetto termini = 5 punti Mancato rispetto = 0	Deliberazione n. 1292 del 30/11/2017
Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei	Rispetto obblighi aziendali previsti nei contratti sottoscritti	Rispetto completo = 10	- Riabilitazione psichiatrica e residenziale con rientro



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

<p>contratti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi</p> <p>Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie</p>	<p>con erogatori privati e corretta e tempestiva realizzazione delle attività di verifica e controllo</p> <p>10.a Trasmissione degli atti di aggiudicazione dei lavori previsti nel Piano Aziendale</p> <p>10.b Trasmissione del certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione e degli atti di collaudo o certificazione di regolare esecuzione + relazione acclarante rapporti economici Regione-ASL</p>	<p>Rispetto mancato o parziale = 0-9</p> <p>Rispetto completo 10.a e 10.b = 5</p> <p>Rispetto mancato o parziale = 0-4</p>	<p>extraregionali</p> <p>- Nuovo piano investimenti per il solo completamento opere in corso</p>
<p>Attività libero professionale intramuraria</p>	<p>11.a Individuazione spazi</p> <p>11.b Servizio di prenotazione delle prestazioni e di riscossione delle tariffe</p> <p>11.c Verifica rapporto tra volumi attività istituzionale e volumi ALPI</p>	<p>11.a Rispetto indicatore = 2</p> <p>Mancato rispetto = 0</p> <p>11.b Completo rispetto = 2</p> <p>Solo servizio di prenotazione = 1</p> <p>Mancato rispetto = 0</p> <p>11.c Rispetto = 1</p> <p>Mancato rispetto = 0</p>	<p>- Determinazione degli spazi</p> <p>- Attivazione contabilità separata</p> <p>- Rilevazione costi comuni</p> <p>- Negoziazione dei volumi</p>



OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (AREA SALUTE)

Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2018
Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni	1.a Controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ciascun erogatore pubblico e privato	Rispetto completo delle attività = 7	- Consolidamento
	1.b Controllo dei DRG a rischio di inappropriata non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle cliniche 1.c Rendicontazione alla Regione delle attività di controllo	Mancato rispetto di una o più attività = 0	- Contabilizzazione abbattimenti tariffari
	1.d Rotazione delle unità ispettive NOC		
	1.e Monitoraggio dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriata per U.O. dei PP.OO. pubblici		
	1.f Incremento dei controlli presso le strutture per l'assistenza a non autosufficienti e disabili		
Mobilità sanitaria	2.a Correttezza dei dati anagrafici dei principali flussi informativi utilizzati per la mobilità sanitaria	2.a se % di errori rilevati nei dati anagrafici < 0,6% = 5 se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 0,6% e < 1% = 2 se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 1% e < 2% = 1	- Miglioramento dei dati anagrafici e corretta rilevazione dei flussi ASDO e SDAC



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

	<p>2.b Riduzione ricoveri in mobilità passiva</p>	<p>se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 2% = 0</p> <p>2.b Riduzione pari o > al 5% = 3</p> <p>Riduzione pari o > 2,5% e < 5% = 2</p> <p>Riduzione < 2,5% = 0</p>	<p>- Analisi dati mobilità passiva 2016 per azioni di contrasto</p>
<p>Contenimento liste di attesa</p>	<p>3.a Numero prestazioni erogate in classe D > numero prestazioni in classe P</p> <p>3.b Individuazione delle prestazioni erogate dai Privati caratterizzate da elevati tempi di attesa</p> <p>3.c Predisposizione e realizzazione della completa</p>	<p>3.a Rispetto completo = 18</p> <p>Parziale rispetto = 6</p> <p>Mancato rispetto = 0</p> <p>3.b Rispetto completo = 5</p> <p>Parziale rispetto = 2,5</p> <p>Mancato rispetto = 0</p> <p>3.c Rispetto completo = 5</p>	<p>- Ampliamento della capacità di erogazione delle prestazioni classe D</p> <p>- Riduzione tempi di attesa per le prestazioni in classe P e B</p> <p>- Riorganizzazione delle agende di prenotazione con tassi di erogabilità inferiori all'85%</p> <p>- Verifica delle prestazioni con elevati tempi di attesa erogati da parte del privato accreditato e proposte correttive</p> <p>- Tracciabilità di tutte le prestazioni ambulatoriali nei CUP di primo e secondo livello</p>



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

<p>Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione</p>	<p>prenotabilità dell'intera offerta sanitaria</p>	<p>Parziale rispetto = 2,5 Mancato rispetto = 0</p>	
<p>Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione</p>	<p>Realizzazione adempimenti</p>	<p>Realizzazione dell'80% degli obiettivi previsti nel Piano = 4 Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Copertura screening per colon retto pari o > 50% = 1,2</p> <p>Copertura screening per mammella pari o > 60% = 1,2</p> <p>Copertura screening per cervice uterina pari o > 50 = 1,2</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Copertura vaccinazione antinfluenzale pari al 75% = 2</p> <p>Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o < al 60% ma migliore rispetto all'anno precedente = 1</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Aggiornamento dell'anagrafica vaccinale informatizzata con i dati relativi alle coorti dei nati dal 2009 = 1,4</p>	<p>- Consolidamento</p> <p>- Incremento dei controlli</p> <p>- Incremento delle verifiche degli accreditamenti e delle autorizzazioni</p> <p>- Incremento delle attività di screening</p> <p>- Rispetto dei parametri qualitativi dei flussi</p>



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

		<p>Aggiornamento parziale = 0</p> <p>Controlli di imprese attive pari o > 5% = 3</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Controlli previsti dal Piano regionale dei controlli sul rischio chimico = 1</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Realizzazione attività previste nel Piano regionale GAP (gioco azzardo patologico) = 1</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p>	
<p>Prescrizione farmaco generico e biosimilare</p>	<p>% di prescrizione farmaco generico/totale farmaci della stessa categoria terapeutica , come definite dalla Regione con cui vengono individuate le n categorie sottoposte a monitoraggio e definito il valore degli obiettivi per ogni categoria</p>	<p>Rispetto complessivo = 5</p>	<p>- Invio mensile delle liste di trasparenza agli MMG a cura del Servizio Farmaceutico Territoriale</p>
<p>Sicurezza e rischio clinico</p>	<p>6.a Monitoraggio Piani di miglioramento attuati a seguito di eventi sentinella</p> <p>6.b Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali</p> <p>6.c Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti</p>	<p>Rispetto complessivo adempimenti = 2</p> <p>Mancato rispetto di almeno un adempimento = 0</p>	<p>- Mappatura eventi avversi ed eventi sentinella</p> <p>- Piano di miglioramento</p> <p>- Formazione</p>



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

	<p>6.d Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in sala operatoria</p> <p>6.e Prevenzione delle cadute</p> <p>6.f Verifica periodica della qualità percepita dagli utenti del SSR</p> <p>6.g. Applicazione della Legge n. 24 dell' 08/03/2017</p> <p>6.h Evasione di tutti i ricorsi, segnalazioni, esposti, etc, presentati dai cittadini/utenti, associazioni di tutela, aventi diritto, richieste dei NAS, Regione, Ministero, etc</p>	<p>- Messa in atto azioni di miglioramento x obiettivi DG (senza impatto economico)</p>
<p>Rete cure palliative</p>	<p>Accessi domiciliari ai malati terminali</p>	<p>- Potenziamento delle cure e miglioramento del flusso SIAD</p>
<p>Sanità veterinaria e sicurezza alimentare</p>	<p>8.a Profilassi e prevenzione malattie animali</p> <p>8.b Controllo del benessere degli animali e prevenzione del randagismo</p> <p>8.c Verifiche sulla nutrizione e malattie correlate</p> <p>8.d Controlli sulle strutture di produzione e lavorazione degli alimenti e trasmissione dei dati sul sistema</p>	<p>Incremento del 5% rispetto al dato al 31/12/2017 = 5</p> <p>Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Rispetto complessivo adempimenti = 10 (2 pt per ogni indicatore nel caso di controlli pari al 100%)</p> <p>Parziale rispetto = 1 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli pari o < 10% dal programmato PPRIC)</p> <p>Mancato rispetto = 0 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli < 90% dal programmato PPRIC)</p> <p>- Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PPRIC e degli obiettivi LEA</p>



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

<p>Mantenimento erogazione LEA</p>	<p>informatizzato SIVRA</p> <p>8.e Applicazione e verifica dei piani di Audit e relativi standard di funzionamento dei servizi</p> <p>9.a Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)</p> <p>9.b Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia</p> <p>9.c Copertura per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano \geq 65 anni</p> <p>9.d Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello per cervice uterina, mammella, colon retto</p> <p>9.e Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (\geq 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco da strutture regionali per residenti</p>	<p>Rispetto completo = 20</p> <p>Rispetto complessivo dello standard (valore normale) pari a 1,2 per ciascun indicatore = 20</p> <p>Scostamento minimo dallo standard pari a 0,6 per ciascun indicatore = 10</p> <p>Scostamento dallo standard non accettabile o non validità del dato per ciascun indicatore = 0</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisire mensilmente gli elenchi dei nuovi nati - Inviare lettera di invito alla vaccinazione e materiale informativo agli esercenti la potestà genitoriale/tutori/soggetti affidatari dei minori - Recuperare i ritardatari con invito a vaccinarsi - Incentivazione a MMG e PLS - Aperture straordinarie ambulatori vaccinali - Aumentare l'estensione dei programmi di screening - Screening mammografico (50,08%) - Screening colorettaie (18,00%) - Screening cervice uterina (51,80%) - Adeguatezza arruolamento e identificazione della reale popolazione target - Indicatori da PNE <p>- Potenziamento delle cure</p>
---	--	---	--



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

	<p>9.f Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI</p> <p>9.g Numero prestazioni di risonanza magnetica per 100 residenti</p> <p>9.h Percentuale parti cesarei primari</p> <p>9.i Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN</p> <p>9.j Percentuale di pazienti > 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario</p> <p>9.k Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)</p>		<p>- Indicatori da PNE</p> <p>- Indicatori da PNE</p> <p>- Indicatori da PNE</p> <p>- Indicatori da PNE</p> <p>- Indicatori da PNE</p>
--	---	--	--



Scheda Obiettivi di Budget Anno 2018									
Centro di negoziazione									
UOC: _____									
Direttore/Dirigente Responsabile UOC/UOSD: _____									
Valenza Obiettivo	n.	Obiettivo	Unità operative che condividono l'obiettivo	Indicatore	Consuntivo 2017	Valore Atteso 2018	Proposta Unità Operativa	Valore rinegoziato	Peso/misurazione risultato atteso
Propri unità operativa	1								10
	2								10
	3								10
	4								10
	5								10
Direttore Generale	6								10
	7								10
	8								10
	9								10
	10								10
<p style="text-align: center;">Staff della Direzione Generale UOC</p> <p style="text-align: center;">Chieti, data _____</p> <p style="text-align: center;">Il Direttore/Dirigente Responsabile UOC/UOSD _____</p> <p style="text-align: center;">Il Direttore Generale _____</p>									

Scheda di Valutazione Individuale della Dirigenza Apicale - Anno 2018		UOC/UOSD: _____ Direttore /Dirigente responsabile: _____				
Tipo Obiettivo	Obiettivo	Peso/misurazione risultato atteso scheda budget	Risultato conseguito / valutazione scheda Budget	Peso /misurazione risultato atteso Scheda Performance individuali	Peso / misurazione risultato conseguito Scheda Performance individuali	
Propri dell' Unità operativa	Obiettivi riportati nella scheda di budget e negoziati il giorno __/__/2018	A: (somma risultato atteso obiettivi da 1 a 5)	B: (punteggio conseguito obiettivi da 1 a 5)	40	=40* B/A	
Derivanti dagli obiettivi del Direttore Generale	Obiettivi riportati nella scheda di budget, derivanti dagli obiettivi del Direttore Generale assegnati con __/__/e negoziati il giorno __/__/2018	A: (somma risultato atteso obiettivi da 6 a 10)	B: (punteggio conseguito obiettivi da 6 a 10)	40	=40* B/A	
Risultato gestionale / manageriale	Miglioramento del Margine di Contribuzione	A: (valore massimo)	B: (punteggio conseguito)	20	=20* B/A	
Staff della Direzione Generale UOC				100	Valutazione individuale /10	
		<i>Il Direttore/Dirigente Responsabile UOC/UOSD</i>			Il Direttore Generale	
					Chieti, data	

Scheda di Valutazione Individuale della Dirigenza Apicale - Anno 2018		UOC/UOSD: _____ Direttore /Dirigente responsabile: _____			
Tipo Obiettivo	Obiettivo	Peso/misurazione risultato atteso scheda budget	Risultato conseguito / valutazione scheda Budget	Peso /misurazione risultato atteso Scheda Performance individuali	Peso / misurazione risultato conseguito Scheda Performance individuali
Propri dell' Unità operativa	Obiettivi riportati nella scheda di budget e negoziati il giorno __/__/2018	A: (somma risultato atteso obiettivi da 1 a 5)	B:(punteggio conseguito obiettivi da 1 a 5)	40	=40* B/A
Derivanti dagli obiettivi del Direttore Generale	Obiettivi riportati nella scheda di budget, derivanti dagli obiettivi del Direttore Generale assegnati con __ del __/ e negoziati il giorno __/__/2018	A: (somma risultato atteso obiettivi da 6 a 10)	B:(punteggio conseguito obiettivi da 6 a 10)	40	=40* B/A
Risultato gestionale / manageriale	Area dell'efficienza - capacità di produrre: "Rispetto obiettivi prestazionali assegnati"	A: (valore massimo)	B: (punteggio conseguito)	20	=20* B/A
Staff della Direzione Generale UOC				100	valutazione individuale /100
		<i>Il Direttore/Dirigente Responsabile UOC/UOSD</i>			
		Chieti, data Il Direttore Generale			



**PIANO
DELLE PERFORMANCE
2018-2020**

A cura della
U.O.C. Progettazione Strategica e Sistemi di Performance

Indice

1. Executive Summary	2
2. Premessa	3
3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	6
3.1 Chi siamo	6
3.2 Cosa facciamo	6
3.3 Come Operiamo	7
4. Identità dell'Azienda	9
4.1 L'Azienda in "cifre"	9
5. Il sistema degli obiettivi	14
5.1 Gli obiettivi strategici	14
5.2 Gli obiettivi di programmazione regionale	16
6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance	17
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	17
6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	17
6.3 L'albero della performance	18
6.4 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione	20
6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance	21
7. Misurazione e valutazione della Performance	22
7.1 L'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti	22
7.2 Il sistema di valutazione del personale	23
8. Indicatori di esito	25



1. Executive Summary

Il Piano delle *Performance* è un documento programmatico triennale in cui sono contenuti gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione. Inoltre, definisce i criteri adottati per le attività di monitoraggio e di valutazione ed il grado di performance che l'Azienda intende conseguire.

Il Piano delle *Performance* è suddiviso in sei parti.

Nella prima parte si forniscono le informazioni di interesse per i diversi stakeholder esterni, evidenziando l'assetto istituzionale, le finalità e le modalità di funzionamento.

Nella seconda si rappresentano la popolazione di riferimento, le risorse umane e l'assetto organizzativo dell'Azienda.

Nella terza parte si specificano gli obiettivi strategici che la Direzione Aziendale intende perseguire coerentemente con gli indirizzi e gli obiettivi ricevuti.

Nella quarta parte si descrivono le fasi in cui si articola la stesura del Piano, mettendo in risalto la coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, l'integrazione con gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione e le azioni di miglioramento del processo.

Nella quinta si illustra il sistema di misurazione e valutazione della performance nei suoi diversi livelli.

Nell'ultima parte si descrive il collegamento tra gli indicatori del Piano Nazionale Esiti e l'albero della performance.



2. Premessa

Il Piano delle *Performance* è un documento programmatico triennale previsto dalla normativa nazionale (D.Lgs. 150/2009) attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale.

L'elaborazione del Piano delle *Performance* dà avvio al ciclo di gestione della performance.

Il Piano delle *Performance* evidenzia la programmazione a medio periodo (triennio) e in particolare contestualizza ed esplicita gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento per l'anno 2018.

Le strategie e gli obiettivi correlati individuati costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione delle schede di budget specifiche per le singole unità operative (UU.OO.) aziendali.

La misurazione e la valutazione della *Performance* rappresentano attività di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale che consentono di porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Attraverso il Piano delle *Performance* è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders. Dall'adozione di questo strumento ci si attende, inoltre, una maggiore integrazione tra le articolazioni aziendali e la tensione di esse verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

In corrispondenza all'art. 10 del citato D.Lgs. 150/2009, il Piano delle *Performance* viene adottato in coerenza con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio dell'Azienda.

Secondo quanto previsto dall'art.10, comma 1 del D. Lgs. 150/2009, il Piano contiene:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'Azienda;
- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione) e cosa fa (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi);
- analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- processo seguito per la realizzazione del Piano e delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle *Performance*.



Il Piano delle *Performance* ha come principale finalità quella di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale ed è composta da:

- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 (“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo”) e DGR n. 695/2017 del 24 novembre 2017 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2018-2020);
- Piano Strategico aziendale (delibera n. 1292 del 30/11/2017);
- Bilancio economico preventivo pluriennale e annuale;
- Processo di Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2018 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle UU.OO.;
- Sistema di Reporting - Cruscotto di Performance e QlikView - per la Direzione Strategica e per le UU.OO., alimentato attraverso il sistema informativo.

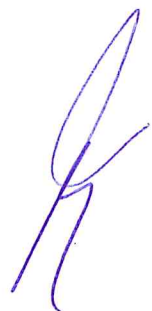
Altra finalità del Piano è quella di *assicurare la comprensibilità e l'attendibilità* della rappresentazione della performance attraverso:

- il “legame” che intercorre tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione;
- la rappresentazione della performance, in quanto è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Oltre alle finalità “istituzionali” la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, mediante l'adozione e la divulgazione del Piano delle *Performance*, intende favorire una effettiva *accountability* individuando e valorizzando le attese dei portatori di interesse e implementando i meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

Infatti, l'art. 74, comma 2 del D. Lgs. n.150/2009, precisa che il ciclo delle performance reca norme di diretta attuazione dell'art. 97 della Costituzione, quali principi generali anche per gli enti del servizio sanitario regionale, tenendo conto delle esigenze dei portatori di interesse interni ed

esterni di riferimento (cittadini, utenti, associazioni di categoria e sindacali, fornitori, etc.), che possono consultare il Piano nel sito aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”.



3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

3.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti istituita con delibera n. 796 del 28.12.2009, in applicazione della Legge Regionale n. 5 del 10.03.2008, è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali d'istituzione del Servizio Sanitario Regionale.

Sono organi dell'Azienda, il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La sede legale è a Chieti in via Martiri Lancianesi, 17/19.

Il sito internet istituzionale è il seguente: www.asl2abruzzo.it

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:



3.2 Cosa facciamo

L'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

L'Azienda svolge la funzione di erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati. Nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto di libera scelta del cittadino, l'Azienda si impegna a creare le condizioni di effettiva equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per tutti gli utenti, esercitando funzioni di controllo e verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la

qualità e l'appropriatezza. In particolare, l'operato dell'Azienda è focalizzato sulla riorganizzazione dell'offerta sanitaria e sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Tale azione si concretizza attraverso:

- l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla:
 - presa in carico dei nostri utenti;
 - medicina di iniziativa;
 - umanizzazione;
 - multidisciplinarietà;
 - eccellenza professionale e organizzativa.

La riorganizzazione e la qualificazione ospedaliera saranno perseguite attraverso azioni volte sia al contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e alla riduzione della mobilità passiva, sia alla razionalizzazione dei consumi di beni sanitari e dal miglioramento di alcuni indicatori di attività di tipo tradizionale (degenza media, peso medio dei DRG, etc.).

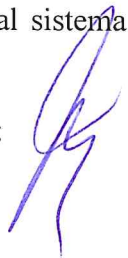
La riorganizzazione e il potenziamento del territorio saranno attuate con il consolidamento dell'assistenza territoriale e l'incremento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani.

3.3 Come operiamo

L'assetto organizzativo dell'Azienda si articola in diverse macrofunzioni: funzione di governo e correlata funzione di staff, funzione di produzione dei servizi sanitari (insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, effettuata nei diversi regimi consentiti, incluse le attività svolte in regime libero-professionale intramuraria), funzione tecnica e amministrativa.

L'Azienda adotta le metodologie e gli strumenti del governo clinico ed integra le stesse con quelli del governo economico al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi, l'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi. Ne deriva una stretta relazione tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica, anche rispetto al sistema e all'articolazione delle responsabilità a tutti i livelli dell'assetto organizzativo.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come organizzazione che:



- implementa la qualità delle cure attraverso l'adozione di strumenti adeguati quali la medicina basata sull'evidenza, la formazione e l'addestramento, i percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi, l'audit e la gestione dei rischi;
- rafforza il processo di aziendalizzazione;
- mira alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizza politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali, attraverso forme di gratificazione di carattere non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti mira ad operare attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto sociale, economico ed epidemiologico che sottende la formazione della domanda di salute in generale.



4. Identità dell'Azienda

4.1 L'Azienda in "cifre"

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 389.169 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2017), per una densità abitativa media di 150 ab./km².

Il personale dipendente, risorsa essenziale per il funzionamento della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. È suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Personale del ruolo sanitario	3.501
Personale del ruolo professionale	2
Personale del ruolo tecnico	666
Personale del ruolo amministrativo	402
Personale a tempo determinato	75

Il dato è rilevato alla data del 30.11.2017

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell'atto aziendale adottato con deliberazione n. 575 del 19/5/2017 e, successivamente modificato e integrato con deliberazione n. 1200 del 03/11/2017, ai sensi del disposto della DGR n. 402 del 21/7/2017.

Popolazione residente nella ASL 2 per Aree Distrettuali e genere (Istat al 1° gennaio 2017)

Aree Distrettuali	Femmine	Maschi	Totale complessivo
Area distrettuale 1	90.268	84.540	174.808
Area distrettuale 2	57.535	54.750	112.285
Area distrettuale 3	52.172	49.904	102.076
Totale Asl 02	199.975	189.194	389.169

Collocazione punti di erogazione



Presidi Ospedalieri

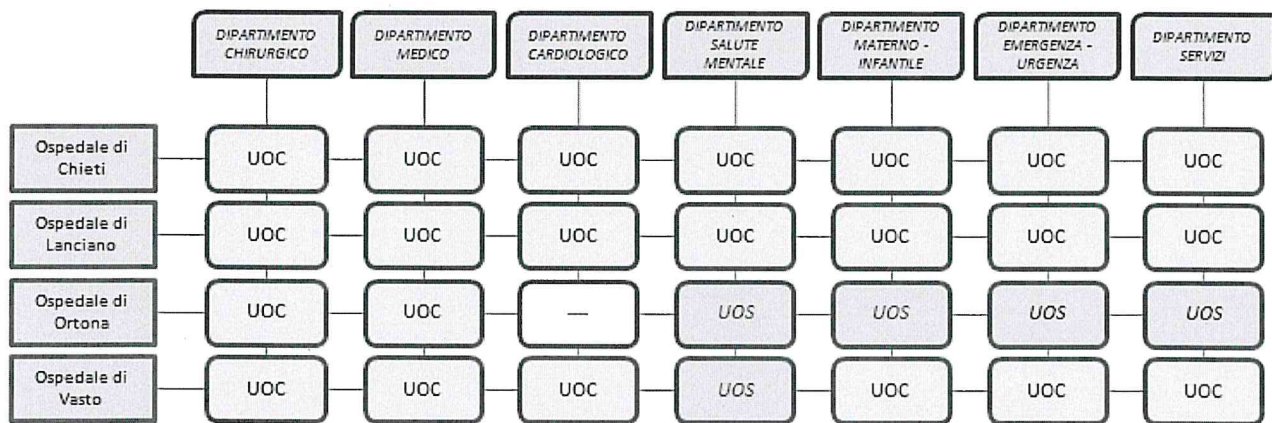
I presidi ospedalieri sono i seguenti: P.O. clinicizzato “SS. Annunziata” di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero “Bernabeo” di Ortona, P.O. “F. Renzetti” di Lanciano, P.O. “San Pio” di Vasto, P.O. “San Camillo” di Atesa fino alla sua completa riconversione in presidio territoriale .

L'assistenza ospedaliera segue una logica dipartimentale secondo il modello individuato dal D.Lgs n.502/1992 e s.m.i., con criteri di aggregazione di unità operative che siano:

- omogenee sotto il profilo delle attività svolte o risorse impiegate;
- interdisciplinari, semplici e/o complesse, basate sulla condivisione di procedure e percorsi terapeutici assistenziali.

La riorganizzazione dipartimentale trova motivazione non solo nel vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma in un miglioramento complessivo di tutto il sistema basato sulla centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e sulla valorizzazione di tutte le competenze professionali finalizzate al perseguimento dei comuni obiettivi di salute.

I Dipartimenti ospedalieri previsti e la loro organizzazione, in termini di livello di responsabilità, è la seguente:



Attività Distrettuali

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti si articola in tre aree distrettuali, di seguito indicate, strutturate in sette distretti con relativi punti di erogazione:

1. Area distrettuale 1:

- distretto di Chieti (comprendente la sede erogativa di Bucchianico);

- distretto di Francavilla al Mare (comprendente la sede erogativa di Miglianico e San Giovanni Teatino);
 - distretto di Ortona (comprendente le sedi erogative di Orsogna e di Tollo).
- 2. Area distrettuale 2:**
- distretto di Lanciano (comprendente la sede erogativa di Fossacesia);
 - distretto di Villa Santa Maria (comprendente le sedi erogative di Lama dei Peligni e di Torricella Peligna).
- 3. Area distrettuale 3:**
- distretto di Vasto (comprendente la sede erogativa di Casalbordino);
 - distretto di San Salvo (comprendente la sede erogativa di Castiglione Messer Marino).

Continuità Ospedale-Territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende di fatto lo sviluppo delle strutture territoriali, sia dal punto di vista assistenziale (con riferimento cioè a quelle prestazioni che erogate nel luogo e nel setting corretto rendono l'utilizzo dell'ospedale più appropriato), sia di quello organizzativo, dato che il luogo dell'erogazione coincide con la struttura fisica dell'ex presidio, come specificamente previsto dal D.M. n. 70/2015. E' il caso dei PTA di Casoli, Gissi, Guardiagrele.

Presidi Territoriali di Assistenza

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) si configura come “struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale e multidisciplinare orientata, in particolare, alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera.

Sul territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti insistono tre PTA nei comuni di:

- Casoli;
- Gissi;
- Guardiagrele.



Ospedale di Comunità'

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale territoriale istituita all'interno del PTA, che si colloca fra l'ospedale per acuti, la RSA ad indirizzo riabilitativo ed altre possibili risposte assistenziali domiciliari (ADI) con le quali non si pone in alternativa, ma in uno stretto rapporto di collaborazione funzionale al fine di costruire una rete di servizi sanitari extra ospedalieri.

Nel territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti tali strutture sono previste nei PTA di Casoli, Gissi e Guardiagrele con una dotazione di n. 20 posti letto ciascuno.

Ambito di Coordinamento

Gli ambiti di coordinamento aggregano funzioni omogenee al fine di gestire, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, strutturali e tecnologiche) per realizzare interventi appropriati e promuovere il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza in ambito ospedaliero e territoriale. Gli ambiti di coordinamento sono individuati dall'Azienda nelle seguenti aree:

1. Direzione Medica Ospedaliera;
2. Medicina Perioperatoria;
3. Territoriale.

I Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa

I Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa forniscono all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di produzione, esercitando le funzioni attribuite nel rispetto della logica del "cliente interno" e ricercando la massima integrazione con tutte le altre attività aziendali, favorendo l'efficienza e assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa. Essi sono distinti in:

1. Dipartimento Tecnico;
2. Dipartimento Amministrativo.



5. Il sistema degli obiettivi

La coerenza fra il sistema delle performance ed il Piano delle Performance è garantita dal rispetto della metodologia di individuazione degli obiettivi che devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'azienda con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Gli obiettivi possono essere distinti in:

- obiettivi strategici;
- obiettivi operativi;
- obiettivi specifici;
- obiettivi individuali.

5.1 Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici della Direzione Aziendale derivano da diversi livelli di programmazione le cui fonti sono descritti di seguito:

- Obiettivi del Direttore Generale (delibera di Giunta Regionale d'Abruzzo n. 1023 del 10/12/2015 e D.G.R. n. 569 del 11/10/2017, concernente la verifica dei risultati aziendali degli obiettivi conseguiti dal Direttore Generale dal 23/12/2015 al 22/6/2017 e ribaditi per il successivo periodo dell'anno 2017);
- Obiettivi prioritari economico-finanziari e strumentali e di salute per l'anno 2018 del Direttore Generale ridefiniti ed assegnati con atto di GRA n. 27/2018;
- Programmazione Nazionale (DM 70/2015);



- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 (“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo”) e DGR n. 695/2017 del 24 novembre 2017 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2018-2020);
- Piano Strategico Aziendale (delibera n. 1292 del 30/11/2017);
- Piano Nazionale Esiti (PNE);
- Provvedimenti di programmazione regionale adottati nel periodo di durata contrattuale del Direttore generale, con carattere integrativo ed implementativo degli obiettivi ridefiniti per l’anno 2018.

A questi, si aggiungono gli orientamenti strategici della Direzione finalizzati ad offrire nel loro complesso innovazione nelle modalità di interazione con la collettività e nella presa in carico dei cittadini e dei loro bisogni.

Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, nel quadro della complessiva programmazione regionale sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, distinti in obiettivi di carattere economico-finanziario e strumentali e obiettivi di salute.

Gli obiettivi di carattere economico-finanziari e strumentali riguardano:

- a. l’attuazione di interventi connessi alla razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera;
- b. la spesa del personale;
- c. la spesa farmaceutica;
- d. la spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici
- e. i tempi medi di pagamento;
- f. i flussi informativi;
- g. la sanità digitale - ICT;
- h. l’adozione e l’invio in Regione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti;
- i. il rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi;
- j. gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie;
- k. l’attività libero-professionale intramuraria;

Gli obiettivi di salute concernono:



- a. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- b. la mobilità sanitaria;
- c. il contenimento delle liste di attesa;
- d. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- e. il rispetto delle percentuali di prescrizione di farmaco genericato e biosimilare;
- f. la sicurezza e rischio clinico;
- g. la rete delle cure palliative;
- h. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- i. il mantenimento dell'erogazione LEA.

5.2 Gli obiettivi di programmazione regionale

Gli obiettivi, declinati nella DGR n. 695/2017 “Indirizzi per la programmazione triennale 2018-2020 delle Aziende Sanitarie Regionali”, si integrano con quelli della precedente programmazione 2017-2020 e, si riferiscono ai seguenti punti:

1. innovazione e investimenti, patrimonio, tecnologie sanitarie HTA;
2. assistenza farmaceutica, attività trasfusionale e trapianti, innovazione e appropriatezza;
3. risorse umane e assetti istituzionali;
4. ispettivo e controllo qualità, attività ispettiva sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, evasione dei ricorsi, segnalazioni ed esposti;
5. programmazione socio-sanitaria;
6. prevenzione e tutela sanitaria;
7. sanità veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti;
8. programmazione economico finanziaria e finanziamento SSR;
9. assistenza distrettuale territoriale, medicina convenzionata e penitenziaria;
10. governo dei dati, flussi informativi e mobilità sanitaria;
11. emergenza sanitaria e sanità digitale ICT.



6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance

6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

Il processo di redazione del Piano delle performance si inserisce nell'ambito del più ampio processo di pianificazione strategica e di programmazione dell'Azienda.

La Direzione Generale, in conformità agli atti di programmazione sanitaria regionale e in relazione alle strategie formulate, definisce il Piano delle performance integrato ed aggiornato annualmente.

La stesura del piano si articola nelle seguenti fasi:

- definizione degli strumenti di programmazione triennale;
- esplicitazione e assegnazione degli obiettivi, con i relativi indicatori e valori attesi, ai Direttori/Responsabili delle diverse unità operative aziendali mediante il processo di negoziazione di budget;
- monitoraggio periodico ed individuazione di eventuali azioni correttive;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti;
- rendicontazione dei risultati alla direzione strategica e ai diversi stakeholder interessati.

6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D. Lgs. 150/2009, come ribadito dalla delibera n. 6 del 17/01/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano delle performance deve realizzarsi in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione.

Tali previsioni sono fondamentali, in quanto un sistema di obiettivi è concretamente sostenibile solo se è assicurata la coerenza tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da mettere in atto per conseguire gli obiettivi fissati.

Nella realtà, il collegamento tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio di previsione avviene mediante:

- un coordinato e consequenziale percorso annuale con cui si svolgono i due processi;

- una partecipazione diffusa di tutti gli attori coinvolti nei due processi;
- l'integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi informativi a sostegno dei due processi.

Quindi, tutti gli obiettivi indicati nel piano delle performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2018-2020 e sono addirittura coincidenti negli aspetti macro, con il documento di sintesi della Relazione del Direttore Generale, per la declinazione delle maggiori azioni da svolgere nell'ambito gestionale. Tale documento è stato redatto a seguito di puntuali incontri con i principali soggetti responsabili della programmazione delle attività e successivamente sintetizzati in documenti, piani e cronoprogrammi che hanno dato luogo alle diverse sezioni componenti il Piano Strategico 2018-2020, assicurando in tal modo la partecipazione del vertice strategico e della dirigenza apicale cui compete l'attuazione dei contenuti dello stesso.

6.3 L'albero della performance

L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'Azienda.

Il processo, attraverso il quale è stato realizzato l'albero della *performance*, si è articolato nelle seguenti fasi:

- a. individuazione delle aree di bisogno e di domanda di servizio attraverso l'analisi di:
 - obiettivi assegnati dai documenti di programmazione nazionale, regionale ed aziendale;
 - dati relativi agli eventi avversi;
 - dati relativi ai reclami;
 - flussi SDO;
 - dati AGENAS.
- b. individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.



Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

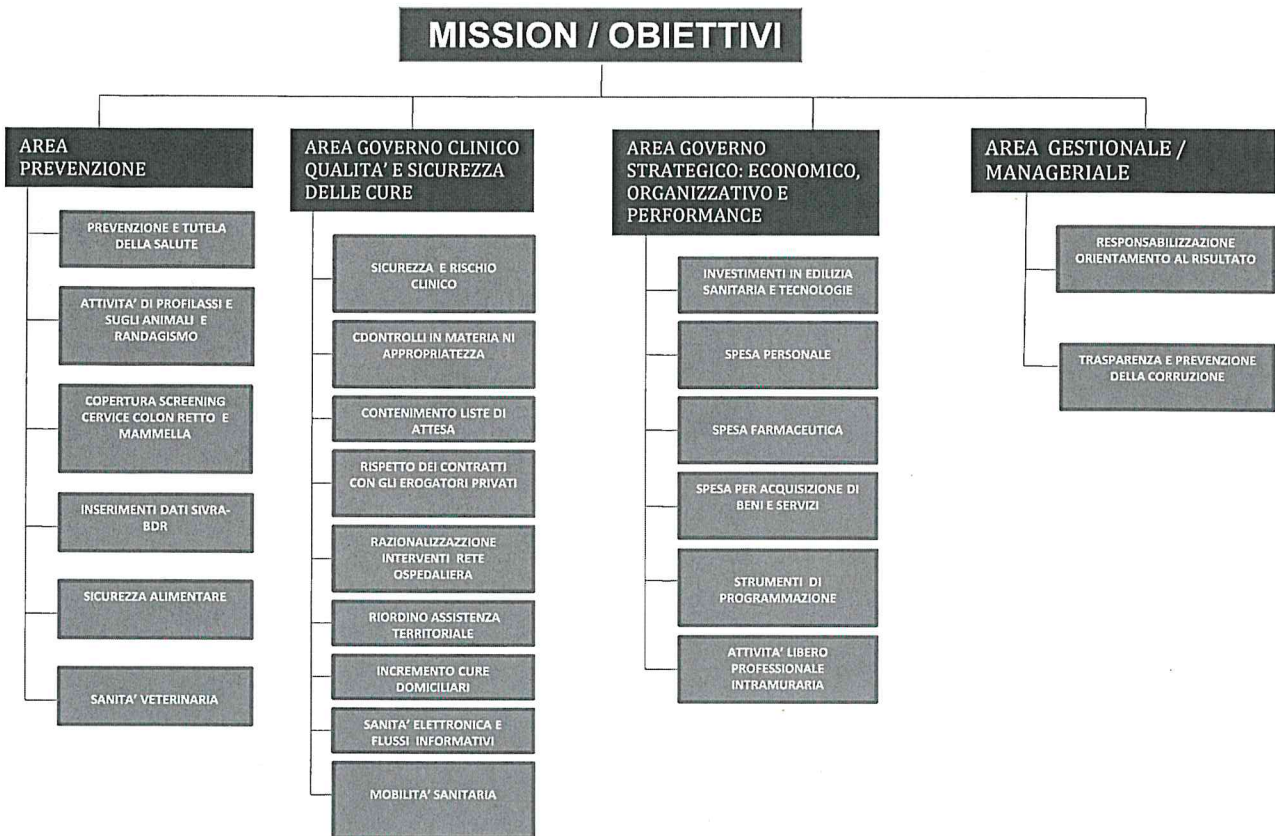
Le dimensioni presidiate sono le seguenti:

- appropriatezza clinica;
- appropriatezza organizzativa;
- efficienza dei processi.



Nella rappresentazione grafica dell'albero, le aree strategiche sono rappresentate da aree di intervento che tendono a superare le criticità con meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione e, sono articolate secondo il criterio dell'*outcome* attesi, al fine di rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'Azienda rispetto ai loro bisogni e aspettative.

Albero della Performance



Le schede relative alle singole aree, sono in allegato al presente Piano.

6.4 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione

Come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione *“l’efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione”*.

Alla luce di ciò, l’Azienda mira a coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla trasparenza, all’integrità e al contrasto della corruzione, al fine di stabilire opportuni collegamenti con il ciclo della performance.

Particolare attenzione, quindi, deve essere posta alla coerenza tra il PTPC e il Piano delle performance, sia perché le politiche sulla performance concorrono alla creazione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione, sia perché le misure di prevenzione della corruzione devono trovare riscontro negli obiettivi organizzativi e individuali assegnati.

Di conseguenza, la prevenzione ed il contrasto della corruzione, di cui alla L. 190/2012 e s.m.i., e la promozione della trasparenza e dell'integrità, di cui al D. Lgs. 33/2013, costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda che annualmente individua, su input del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed anche sulla base delle criticità emerse dal monitoraggio degli obiettivi già assegnati in precedenza, specifici obiettivi e indicatori inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza da contemplare nel Piano delle performance.

Esplicitando in maniera chiara gli obiettivi da perseguire, si rende trasparente e verificabile l'intero processo in quanto, la trasparenza è funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, assicurando l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa.

6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance

Il Piano della performance verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi. Lo stesso verrà, inoltre, revisionato nel corso dell'anno in funzione dell'assegnazione di ulteriori obiettivi regionali, derivanti dall'approvazione di atti di programmazione regionale, di eventuali disposizioni riguardanti l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie regionali e, nel caso in cui dovessero emergere altri obiettivi a seguito del confronto con tutti gli stakeholder.



7. Misurazione e valutazione della Performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle aziende sanitarie si articola su due livelli:

- performance complessiva aziendale;
- performance organizzativa ed individuale.

Il livello di misurazione e valutazione delle performance complessiva aziendale si esprime mediante una programmazione triennale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla relazione della performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di risultato.

Il livello di valutazione aziendale, viene integrato con ulteriori dimensioni di misurazione e si traduce in una serie di strumenti già attivi, ovvero:

- il budget annuale;
- il sistema di reporting aziendale (dal cruscotto direzionale ai report trimestrali e operativi);
- il sistema di valutazione delle prestazioni.

La prospettiva prevalente in questo ambito, è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi e azioni da attuare nel corso dell'anno, ma in coerenza con le strategie pluriennali indicate nel piano della performance aziendale ed in attuazione degli obiettivi di programmazione pluriennali e annuali regionali.

7.1 L'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti

Il ciclo della Performance deve prevedere uno stretto legame tra gli obiettivi dell'organizzazione e quelli del personale. Qualsiasi valutazione dei risultati raggiunti dal personale che opera nell'Azienda non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

L'art.9 del D. Lgs. 150/2009 definisce gli elementi cui collegare la valutazione della *performance* del personale. In particolare, il comma 1 stabilisce che la valutazione della *performance* dei dirigenti e del personale responsabile di un'unità organizzativa sia collegata ai seguenti elementi:

- indicatori di *performance*;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;



- qualità del contributo assicurato alla *performance* della struttura;
- competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori.

Il comma 2 stabilisce che la valutazione della *performance* per il resto del personale sia collegata ai seguenti elementi:

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e individuali;
- qualità del contributo apportato all'unità organizzativa di appartenenza;
- competenze dimostrate.

In relazione a quanto sopra evidenziato l'Azienda ritiene che la valutazione delle *performance* individuali debba considerare una pluralità di aspetti, tra cui, senz'altro, i seguenti:

- obiettivi di innovazione/crescita;
- obiettivi di efficienza economico-finanziaria;
- obiettivi di impatto sugli *stakeholder* (efficacia percepita, soddisfazione, ecc.);
- obiettivi di miglioramento dei processi (efficacia oggettiva, livelli di servizio, ecc.);
- competenze professionali;
- comportamenti organizzativi (tra cui, obbligatorio ex D. Lgs. 150/2009, la capacità di valutare i propri collaboratori).

La valutazione delle prestazioni deve portare ad un aumento di motivazione e di responsabilizzazione che consenta la valorizzazione delle potenzialità e si traduca in tensione verso un'efficace ed efficiente erogazione dei servizi.

Infatti, come già precisato ai sensi dell'art. 9 del D. Lgs. 150/2009 la qualità della performance generale della struttura è inscindibile dalle singole capacità professionali e manageriali nonché dai comportamenti individuali richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate, per cui appare necessario ed importante chiarire ruoli e competenze a livello organizzativo, per definire una corretta attribuzione di obiettivi e un efficace processo di misurazione e valutazione.

Il funzionigramma aziendale, allegato all'atto aziendale, individua alcune attività di riferimento quali aspetti principali delle competenze/comportamenti attesi dai rispettivi soggetti in base ai ruoli ricoperti nell'organizzazione.

7.2 Il sistema di valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il processo di budget, il governo clinico e l'audit clinico. È indispensabile,

pertanto, una costante manutenzione dei meccanismi a monte del processo di valutazione, affinché il sistema di valutazione possa svolgere la funzione di orientamento e motivazione delle risorse umane, nonché la funzione di stimolo al miglioramento continuo.

La valutazione, deve basarsi su informazioni quanto più possibili oggettive e messe a disposizione dagli staff aziendali allo scopo di:

- creare consapevolezza;
- coinvolgere i professionisti;
- affidare a ciascuno un ruolo preciso;
- definire un piano di miglioramento continuo.

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, al fine di comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, con le modalità e sulla base dei principi generali ed i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali.

Il collegamento diretto fra il raggiungimento degli obiettivi di budget di struttura e la valutazione individuale del direttore/responsabile di U.O.C./U.O.S.D., è assicurato mediante l'inserimento di una voce relativa all'obiettivo individuale nella scheda di budget, ai fini della valutazione integrata.

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato, a seguito di accordo con le rappresentanze sindacali dei lavoratori.

In particolare, con le deliberazioni n. 28 dell'8.1.2018 e n. 40 dell'11.1.2018, rispettivamente per l'area della dirigenza medica e veterinaria nonché per l'area sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa, si è preso atto del nuovo regolamento che in modo coerente con quanto definito dal D. Lgs. 150/2009 e, tenendo conto del nuovo atto aziendale e del processo di riorganizzazione aziendale in corso, aggiorna la disciplina dei criteri generali per l'affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali e prevede un processo di valutazione dei risultati raggiunti, rispetto agli obiettivi assegnati oltre che un processo di valutazione dei risultati gestionali/manageriali per dirigenti di struttura complessa che si realizza attraverso la negoziazione della scheda di budget e la valutazione degli obiettivi individuali da integrare nella scheda di budget annuale.



8. Indicatori di esito

L'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) ha implementato il Piano Nazionale Esiti (PNE), che sviluppa nel servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari.

Gli obiettivi principali del PNE sono:

- valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT);
- valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia;
- valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti;
- valutazione comparativa tra gruppi di popolazione;
- individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati casi;
- auditing interno ed esterno.

Gli indicatori utilizzati nel PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio; quando non sono disponibili o misurabili il PNE utilizza esiti intermedi o surrogati che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito delle cure, le valutazioni del PNE riguardano:

- le funzioni di produzione, attribuendo i pazienti/trattamenti all'ospedale o servizio di cura, definito con criteri specifici per ciascun indicatore;
- le funzioni di tutela e committenza attribuendo i pazienti/trattamenti all'area di residenza.

I risultati del PNE sono organizzati in cinque sezioni:

- 1) strutture ospedaliera/ASL, dove sono visualizzabili i risultati di tutte le strutture confrontabili, oltre che con la media, tra due ospedali, con un benchmark e con l'anno precedente;
- 2) strumenti per audit per le voci:
 - audit qualità dei dati PNE 2017;
 - risultati Audit PNE 2016;
 - rischio clinico e monitoraggio dei dati.
- 3) sintesi per struttura/ASL, con i risultati di tutti gli indicatori PNE per struttura e ASL di residenza;

- 4) sistema informativo emergenza/urgenza, con i dati del monitoraggio dell'assistenza in emergenza e urgenza;
- 5) sperimentazioni regionali, con i risultati delle sperimentazioni regionali di nuovi indicatori.

Il PNE analizza 166 indicatori (67 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) suddivisi nelle seguenti aree:

- Area Cardiovascolare;
- Area Cerebrovascolare;
- Area Digerente;
- Area Malattie Infettive;
- Area Muscolo Scheletrico;
- Area Pediatria;
- Area Perinatale;
- Area Apparato Respiratorio;
- Area Urogenitale;
- Procedure Chirurgie;
- Ospedalizzazioni.

L'Azienda considera tali indicatori di riferimento, integrandoli con gli obiettivi previsti nelle aree dell'albero della performance unitamente agli indicatori economici.

