



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

A cura dello

Staff della Direzione Generale

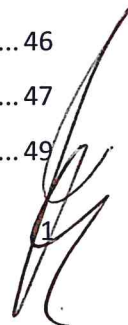
Coordinato dallo Sviluppo Strategico Organizzativo

Ex. Art. 10 D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

SOMMARIO

| | |
|--|----|
| 1. Presentazione del Piano delle Performance | 3 |
| 1.1 Finalità..... | 3 |
| 1.2 Contenuti..... | 4 |
| 1.3 Principi generali..... | 5 |
| 1.3.1 Principio della Trasparenza..... | 5 |
| 1.3.2 Principio della intelligibilità, della veridicità e verificabilità..... | 5 |
| 1.3.3 Principio di Coerenza interna e esterna | 5 |
| 2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholders esterni | 6 |
| 2.1 Chi siamo | 6 |
| 2.2 Cosa facciamo..... | 8 |
| 2.3 Come operiamo | 9 |
| 3. Identità | 11 |
| 3.1 L'Azienda in "cifre" | 11 |
| 3.2 Mandato istituzionale e Missione | 16 |
| 4. Analisi del contesto | 20 |
| 4.1 Analisi del contesto ed invecchiamento progressivo della popolazione..... | 22 |
| 4.1.1 Infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL 2 Abruzzo | 22 |
| 4.2 Le risorse tecnologiche | 23 |
| 5. Ciclo di gestione della Performance | 24 |
| 5.1 Il Piano dei Centri di Rilevazione - Il Sistema di Reporting e il Cruscotto delle Performance..... | 25 |
| 5.2 Il Processo di Budget nel ciclo di gestione della performance | 32 |
| 5.3 Processo di Budget 2016-2018: Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi | 34 |
| 5.4 Graduazione del peso degli obiettivi..... | 36 |
| 5.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi | 36 |
| 5.6 Il processo seguito per la stesura del Piano delle Performance | 40 |
| 5.7 Collegamento con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio | 41 |
| 6 Il processo seguito per la costruzione dell' Albero delle Performance | 43 |
| ALBERO DELLE PERFORMANCE | 46 |
| 7 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle Performance | 47 |
| 8 L'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti | 49 |



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

| | | |
|-----|---|----|
| 8.1 | Il sistema di valutazione del personale | 50 |
| 8.2 | La <i>performance</i> dei Dirigenti..... | 52 |
| 8.3 | La valutazione del restante personale | 52 |
| 9. | Collegamento con trasparenza e integrità | 54 |
| 10. | Tabella Piano delle Performance | 58 |



Two handwritten signatures in black ink are located in the bottom right corner of the page. The signature on the left is more compact and stylized, while the one on the right is taller and more fluid. A small number '2' is written below the right-hand signature.

1. Presentazione del Piano delle Performance

1.1 Finalità

Il Piano delle Performance (art. 10 c. 1 lett. a) D.Lgs. 150/09) è un documento programmatico triennale che individua gli obiettivi strategici ed operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale, organizzativa ed individuale.

Il termine *Performance organizzativa* si riferisce al contributo che l'Azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costruita.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni e agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010.

Essendo atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Performance è modificabile con cadenza annuale e tiene in considerazione: obiettivi definiti in sede di programmazione sanitaria regionale; modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento; modifiche della struttura organizzativa e in generale delle modalità di funzionamento dell'Azienda (atto aziendale).

Il Piano della 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, strumenti di programmazione regionali DCA104/2015 e DM 70 del 2015;
- Piano Strategico aziendale delibera n. 751 del 30/11/2015;
- Bilancio economico preventivo pluriennale e annuale;
- Processo di Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2015 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 UUOO;
- Sistema di Reporting -Cruscotto di Performance- con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le UUOO, alimentato attraverso il sistema informativo.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

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, per così dire istituzionali, la ASL Lanciano Vasto Chieti mediante l'adozione e la divulgazione del Piano della *Performance* intende favorire una effettiva *accountability*, individuando e valorizzando le attese dei portatori di interesse e implementando i meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

L'A.N.A.C. ha fornito indicazioni alle P.A., ai fini dell'avvio del ciclo della performance, sottolineando la necessità di integrare il ciclo della performance con gli strumenti di programmazione e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e alla prevenzione della corruzione. Per rendere evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, all'interno del presente Piano è stata prevista un'area dedicata in cui vengono considerati e perseguiti obiettivi sviluppati in base ai contenuti del piano della trasparenza e del piano anticorruzione.

L'unico Piano della neoazienda Asl Lanciano Vasto Chieti è il “Piano delle Performance 2012-2014”, pubblicato nell'area Amministrazione trasparente l'8 ottobre 2013 con valenza triennale. E' opportuno rilevare che in un momento di cambio di guida e di direzione aziendale i contenuti del suddetto Piano sono stati sostanzialmente confermati nel Ciclo di gestione della Performance per l'anno 2015 in quanto coerenti con gli indirizzi di pianificazione strategica definiti dalla Direzione per la realizzazione degli obiettivi di mandato e coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale.

1.2 Contenuti

Secondo quanto previsto dall'art.10, c.1 del DLgs. 150/09, il Piano contiene:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della *performance* dell'amministrazione;
- 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*.



1.3 Principi generali

Il Piano della *Performance* della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti, in coerenza alle previsioni del D.Lgs. 150/09 e alle indicazioni fornite dalla CIVIT con deliberazione n. 122/2010 si ispira ai seguenti principi generali:

1.3.1 Principio della Trasparenza

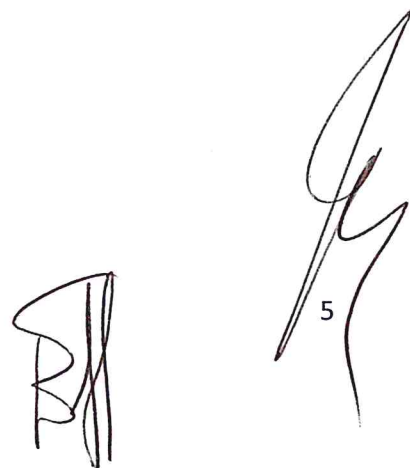
L'art. 11, c. 3, del decreto richiede alle amministrazioni di garantire la massima trasparenza in ogni fase del Ciclo di gestione della *performance*. A tal fine il Piano è pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda, di facile accesso e consultazione, nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" denominata "Performance", sottosezione "Piano delle Performance".

1.3.2 Principio della intelligibilità, della veridicità e verificabilità

Al fine di garantire la facilità di comprensione agli interlocutori interni ed esterni il Piano viene redatto secondo una struttura multi-livello prevedendosi una parte principale e relativi allegati, nei quali sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.

1.3.3 Principio di Coerenza interna e esterna

Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento esterno e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili.



2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholders esterni

2.1 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.

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:



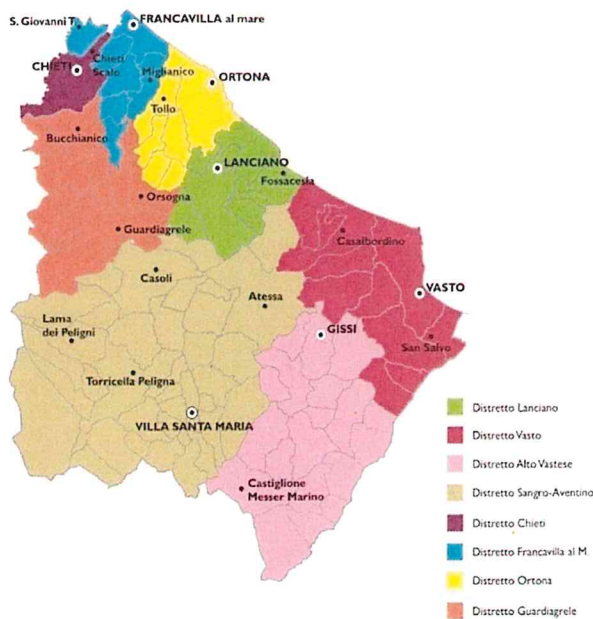
Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

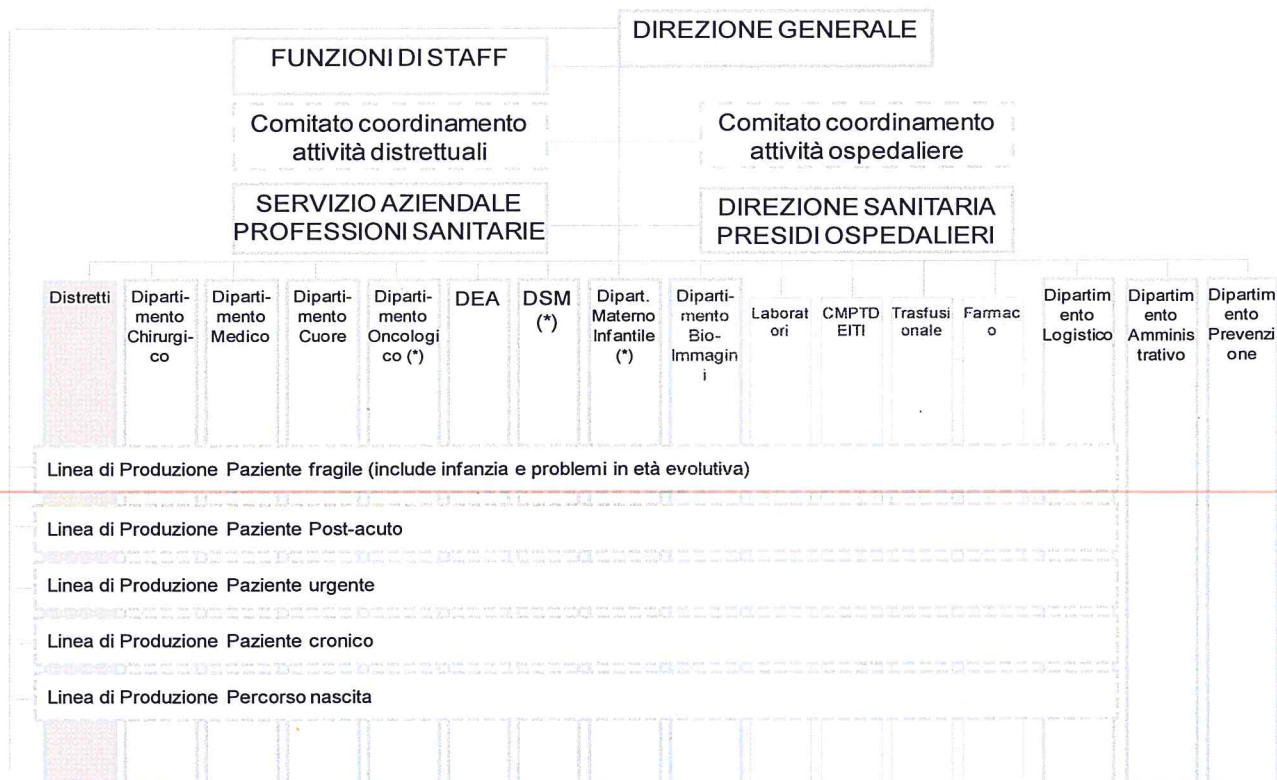
Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda Sanitaria Locale 2 di Lanciano Vasto Chieti coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Chieti. La Provincia conta 104 comuni, nei quali risiedono 392.763 abitanti, per una densità abitativa media di 150,3 ab/kmq (Fonte: Istat al 1/01/2015)

L'Azienda è suddivisa territorialmente in otto Distretti:

1. Distretto 1 – Vasto;
2. Distretto 2 – Chieti;
3. Distretto 3 – Francavilla al mare;
4. Distretto 4 – Ortona;
5. Distretto 5 – Lanciano;
6. Distretto 6 – Sangro-Aventino;
7. Distretto 7 – Guardiagrele;
8. Distretto 8 – Alto Vastese.

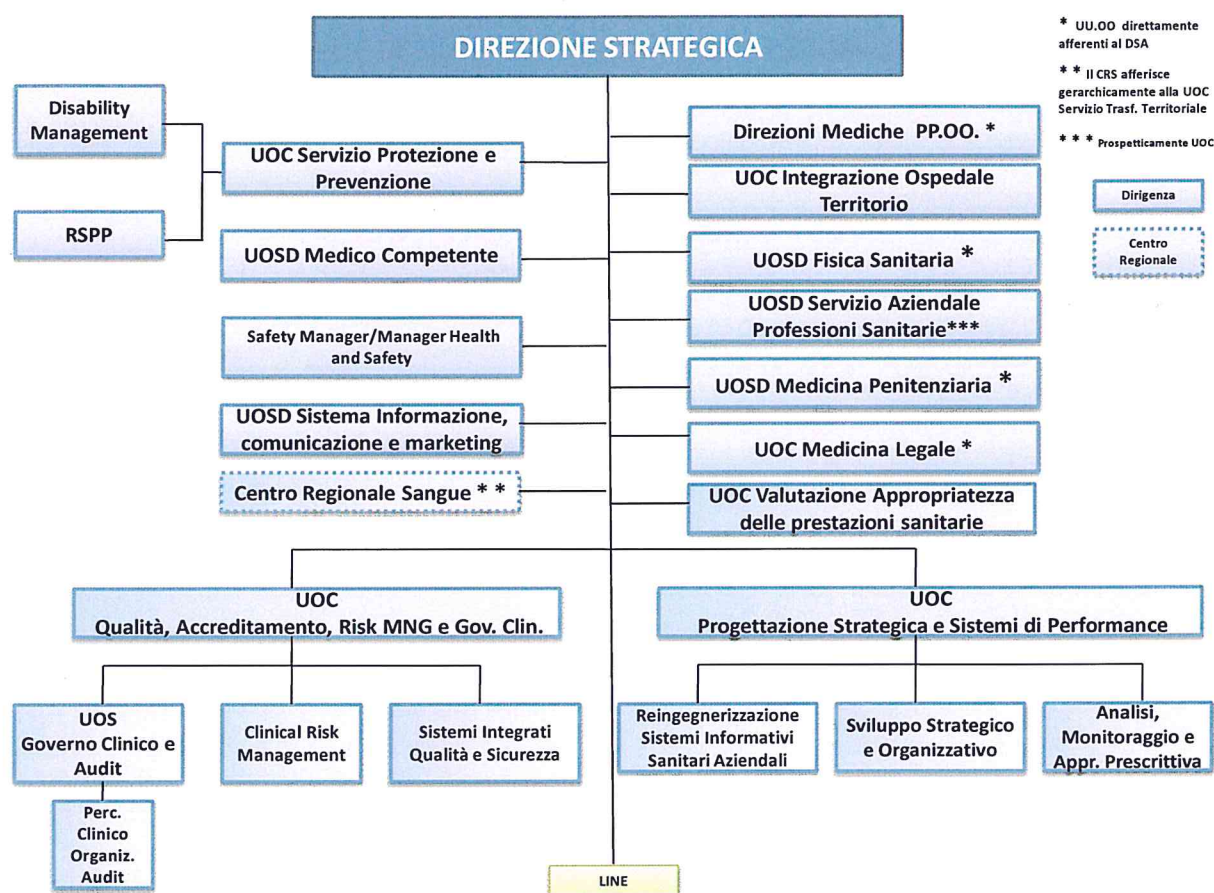


Organigramma



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Organigramma: Funzioni di Staff – Direzione Generale



2.2 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.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute, nel rispetto del principio di libera scelta del cittadino, si impegna a creare condizioni di effettiva equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi per tutti i cittadini, esercitando le funzioni di controllo e di verifica sulle prestazioni offerte e monitorandone la qualità e l'appropriatezza. L'Azienda per il

8

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

raggiungimento delle proprie finalità promuove e sviluppa un modello di cura basato sul primato della persona e sulla continuità assistenziale, incentrato sulla verifica della qualità e l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni resi al cittadino, controllando che essi siano improntati ai principi della personalizzazione e umanizzazione dei trattamenti, affinché siano rispettati i bisogni e le esigenze assistenziali di ciascun utente che accede ai servizi sanitari.

Le attività dell'azienda sono svolte nel rispetto di seguenti principi:

- centralità del paziente-utente;
- continuità dei percorsi di cura, intesi come quell'insieme di processi clinico-assistenziali che permettono la presa in carico globale dell'utente in tutte le fasi del percorso di cura e il miglioramento dell'accessibilità ai servizi nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le risposte più adeguate ai bisogni di salute;
- approccio professionale di tipo multidisciplinare e orientamento alla specializzazione;
- apertura alla ricerca e alle collaborazioni con altre Istituzioni nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- trasparenza, quale garanzia della circolazione delle informazioni di tutti i processi sia clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali;
- sicurezza degli utenti e degli operatori.

Nel contesto socio economico nazionale e regionale attuale, i principali fondamenti del mandato istituzionale dell'Azienda riguardano la sostenibilità economico finanziaria, lo sviluppo in efficacia, efficienza e qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa. Dal 2010 i processi di innovazione organizzativa e di governo aziendale definiti dall'Azienda Lanciano Vasto Chieti riguardano i principali asset di produzione.

La Direzione, in un quadro di estrema complessità e dinamicità, si è concentrata sulla strategia emergente, ossia leggendo ed interpretando il contesto di riferimento ha identificato le connessioni e le sinergie possibili e le ha ricondotte ad un percorso che sia in linea con le normative e linee guida nazionali, regionali e provinciali, sviluppando progettualità ad alto contenuto di innovazione che permettano una razionalizzazione dei fattori produttivi, contrastando la logica dei tagli lineari, e salvaguardando la qualità dei servizi erogati.

2.3 Come operiamo

L'assetto organizzativo dell'Azienda si articola di diverse macrofunzioni: funzione di Governo e correlata funzione di Staff (pianificazione, programmazione e assunzione delle decisioni di alta amministrazione), funzione di Produzione dei servizi sanitari (insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

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;
- intende rafforzare 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.



10

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

3. Identità

3.1 L'Azienda in "cifre"

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

Personale dipendente

| | |
|------------------------------------|------|
| Personale del ruolo sanitario | 3547 |
| Personale del ruolo professionale | 3 |
| Personale del ruolo tecnico | 698 |
| Personale del ruolo amministrativo | 421 |
| Personale a tempo determinato | 105 |

Il dato è rilevato alla data del 27.11.2015

Bacino di utenza

Il bacino della popolazione di riferimento dell'ASL Lanciano Vasto Chieti coincide con l'ambito territoriale della Provincia di Chieti. La Provincia conta 104 comuni, nei quali risiedono 392.763 abitanti (Fonte: Bilancio Demografico Gennaio 2015 Istat).

Presidi Ospedalieri

L'Azienda esplica la propria attività istituzionale per mezzo di 6 Stabilimenti Ospedalieri, di cui uno Clinicizzato.

Lo Stabilimento Ospedaliero è un sistema di organizzazione integrata delle attività in regime di ricovero e specialistiche erogate attraverso i Dipartimenti.

Il Presidio Ospedaliero è una rete di Stabilimenti ospedalieri organizzata a sistema.


11

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

| Stabilimento ospedaliero | Posti letto al 31 dicembre 2014 |
|---|--|
| Clinicizzato "SS Annunziata" di Chieti | 431 |
| "Renzetti" di Lanciano | 200 |
| "S. Pio da Pietralcina" di Vasto | 200 |
| "G. Barnabeo" di Ortona | 144 |
| "Vittorio Emanuele" di Atesa | 100 |
| "M. SS. Immacolata" di Guardiagrele | 57 |

Fonte: Delibera n. 757/2013

I Presidi assistenziali territoriali di Casoli e di Gissi (PTA)

Si configurano come strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi professionale e multidisciplinare orientata, in particolar modo, 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.

Assicurano l'importante funzione di continuità assistenziale, anche notturna, configurandosi come strutture ben identificabili dalla popolazione di riferimento, ove insistono i diversi servizi afferenti sia l'ambito sanitario che quello socio-sanitario, non solo fisicamente contigui, ma integrati dal punto di vista funzionale e in grado di erogare interventi flessibili e dinamici.

Distretti

I Distretti sono un'articolazione territoriale cui è attribuita autonomia organizzativa e gestionale; svolgono funzioni di committenza e valutazione dei servizi da erogare, di produzione diretta delle cure primarie e di integrazione dei servizi socio-sanitari, di promozione di stili di vita sani tra la popolazione. Promuovono e sviluppano la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e le sue forme associative, favorendo l'accesso all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi socio-sanitari.

Tutti i servizi presenti sul territorio distrettuale sono erogati attraverso il Nucleo Operativo Distrettuale (NOD). A ciascuna delle diverse linee di attività territoriali è preposto un Coordinamento Tecnico e Scientifico con funzioni di standardizzazione dei processi e governo dell'efficacia complessiva della produzione dell'intero ambito territoriale dell'Azienda.

L'Azienda Sanitaria Locale 2 di Lanciano Vasto Chieti è articolata in 8 Distretti :



12 

- 1 Distretto di Vasto;
- 2 Distretto di Chieti;
- 3 Distretto di Francavilla al Mare;
- 4 Distretto di Ortona;
- 5 Distretto di Lanciano;
- 6 Distretto Sangro Aventino;
- 7 Distretto di Guardiagrele;
- 8 Distretto Alto Vastese.

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali costituiscono in raccordo su base aziendale di competenze e qualità professionali che individuano regole comuni e attuano una omogeneizzazione del processo produttivo e organizzativo e del diritto di accesso dei cittadini, anche attraverso l'elaborazione di protocolli operativi e linee guida.

I Coordinamenti tecnico-scientifici e funzionali svolgono la loro funzione trasversalmente tra i diversi ambiti gestionali e sono preposti alle attività di seguito indicate:

1. ADI e Assistenza Residenziale;
2. Cure Primarie;
3. Assistenza Consultoriale;
4. Cure palliative-Hospice;
5. Governo liste d'attesa e sistema prenotazioni;
6. Attività territoriali del DSM;
7. Attività territoriali del Dipartimento Materno Infantile;
8. Attività territoriali del Dipartimento di Prevenzione;
9. Attività territoriali del Servizio Tossicodipendenze e patologie d'abuso;
10. Medicina Legale.

I Dipartimenti sanitari

All'interno delle strutture ospedaliere sono individuati i Dipartimenti sanitari. I Dipartimenti sanitari rappresentano l'articolazione organizzativa di primo livello dell'Azienda, di indirizzo e coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse e la gestione delle risorse professionali, tecnologiche e logistiche comuni. Hanno carattere eminentemente gestionale riconducibili al ruolo di Area Strategica di Attività (ASA). Aggregano UO (complesse e semplici a valenza dipartimentale) preposte alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi omogenei, autonome tecnicamente e professionalmente ma in varia misura tra loro interdipendenti.

Ciascun Dipartimento opera su tutto il territorio aziendale, di norma trasversalmente tra i presidi ospedalieri e favorisce la flessibilità organizzativa anche attraverso la rotazione del personale tra più sedi erogative.

La ASL Lanciano Vasto Chieti si articola in 9 Dipartimenti sanitari di seguito elencati:



13



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

1. Dipartimento Chirurgico;
2. Dipartimento Medico;
3. Dipartimento Cuore;
4. Dipartimento Oncologico;
5. Dipartimento Emergenza Accettazione;
6. Dipartimento Salute Mentale,
7. Dipartimento Materno Infantile,
8. Dipartimento RX e Radioterapia Clinica;
9. Dipartimento Prevenzione.

I Dipartimenti dell'area professionale e tecnico-amministrativa

I Dipartimenti dell'area professionale e 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.

1. Dipartimento Amministrativo;
2. Dipartimento Logistico.

Gli Ambiti strutturali di coordinamento (ASC)

Gli Ambiti Strutturali di Coordinamento costituiscono aggregazioni di alta specializzazione ed assolvono alla funzione di programmazione della domanda di servizi e prestazioni intermedie, garantendone tempestività, qualità e appropriatezza.

Gli Ambiti Strutturali di Coordinamento attivati nella ASL Lanciano Vasto Chieti sono:

1. Coordinamento Laboratori;
2. Coordinamento Medicina Perioperatoria, Terapia del Dolore, Emergenza Intraospedaliera e Terapia Intensiva;
3. Coordinamento Trasfusionale;
4. Coordinamento Area Farmaco.

Le Linee di Produzione



Le Linee di Produzione sono istituite con riferimento a particolari *target* di popolazione e/o su specifici programmi assistenziali o di prevenzione, specificatamente rivolti allo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio ricostruito aggregando le attività per "famiglie di prodotto". Sono attivate trasversalmente alle strutture produttive specialistiche, costituendo complessi di attività che assicurano una pianificazione unitaria, una organizzazione e valutazione di processi

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

organizzativi e/o percorsi clinico-assistenziali con riferimento ad aree di intervento sanitario che richiedono una risposta integrata e competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse.

Le Linee di Produzione previste dall'Atto Aziendale sono 6:

- Paziente Fragile (include infanzia e problemi dell'età evolutiva);
- Paziente Oncologico;
- Paziente Post Acuto;
- Paziente Urgente;
- Paziente Cronico;
- Percorso Nascita



15

3.2 Mandato istituzionale e Missione

La missione identifica la ragion d'essere e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche e azioni perseguite, rappresenta l'esplicitazione dei principi fondamentali che guidano la scelta degli obiettivi che si intende perseguire.

La dichiarazione di *Mission* della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti:

Crediamo nella forza propulsiva e motivazionale che promana dal rapporto diretto con i nostri utenti e dal confronto serrato con le Istituzioni regionali e con tutti gli attori sociali presenti sul territorio di riferimento.

La nostra 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 mission declinata viene tradotta dall'Azienda individuando ed identificando 4 macro prospettive che sono riportate di seguito:

- la prospettiva del consumatore/utente, ovvero ***“come recuperare la fiducia dell'utente”***;
- la prospettiva dei processi aziendali, ovvero ***“come migliorare e integrare la Rete dei Servizi”***;
- la Prospettiva dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane, ovvero ***“come sviluppare una forte Identità aziendale e un Assetto di Governance efficace e come valorizzare le professionalità interne all'Azienda”***;
- la Prospettiva dei risultati, ovvero ***“come garantire la Sostenibilità dei processi aziendali e contribuire all'equilibrio regionale”***.

Le quattro Prospettive risultano tra loro fortemente integrate e coordinate, secondo lo schema logico di cui alla figura successiva che descrive le relazioni causali che sono state individuate tra i diversi ambiti di intervento insiti nelle 4 prospettive di analisi strategica.





Nello specifico:

1. gli interventi sull'Identità e sull'Assetto di Governance dell'Azienda rappresentano il tessuto organizzativo indispensabile per qualsiasi progetto che miri all'innovazione e alla Valorizzazione delle professionalità;
2. le condizioni organizzative interne all'Azienda determinano i livelli di efficacia ed efficienza dell'offerta sanitaria, ovvero la performance potenziale della Rete dei Servizi;
3. la riconfigurazione delle variabili di cui ai punti 1 e 2 rappresentano le condizioni necessarie per avviare un processo di recupero di Fiducia da parte dell'utenza, a sua volta indispensabile per il riequilibrio dei flussi di mobilità e per un deciso miglioramento della compliance e dei comportamenti di scelta e fruizione dei servizi;
4. gli interventi progettati sulle variabili di cui ai punti 2 e 3 promuovono l'appropriatezza e, conseguentemente, garantiscono anche la Sostenibilità dell'intero sistema aziendale.

E' utile sottolineare come in tale percorso sia stata progettata un'inversione dell'approccio classico dove la variabile economica è criterio e contenuto cardine degli interventi di natura strategica: viceversa, nell'approccio proposto, la sostenibilità economica è interpretata quale variabile dipendente, ovvero quale risultante di tutte le azioni poste in essere a monte.

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

In sintesi, l'intero processo di elaborazione della strategia è rappresentato nella figura che segue:

Il processo di declinazione della Mission e di elaborazione strategica nella ASL Lanciano Vasto Chieti.



L'Azienda ha inteso esplicitare tale processo per il prossimo triennio già negli Strumenti di Programmazione 2016-2018, finalizzando buona parte del cambiamento strategico e organizzativo, nel rispetto degli adempimenti Lea, alla integrazione ospedale-territorio, assicurando interventi personalizzati essenziali, efficaci e appropriati nel rispetto di principi di sviluppo economicamente sostenibili.

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

La riorganizzazione e il potenziamento del territorio saranno attuate con il potenziamento dell'assistenza territoriale, con la realizzazione di UCCP e l'aumento dell'assistenza residenziale ad anziani.

Pertanto la programmazione e lo sviluppo strategico aziendale per il triennio sono incentrate su:

- Sviluppo e riqualificazione del territorio;
- Sostanziale ammodernamento del Sistema Sanitario con particolare riferimento alla rete ospedaliera come da DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- Focalizzazione alle problematiche relative al contenimento delle liste di attesa come da Piano Attuativo Aziendale;
- Rafforzamento dei meccanismi operativi e degli strumenti atti a garantire una maggiore capacità di governance, come da L. 15/2009 "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance" oltre che quanto richiesto dall'ANAC in tema di anticorruzione.



19

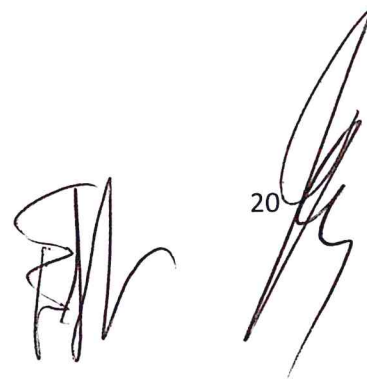
4. Analisi del contesto

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che la ASL Lanciano Vasto Chieti dovrebbe compiere nel momento in cui si accinge a definire le proprie strategie. In particolare, lo strumento a cui si può ricorrere è l'Analisi SWOT che evidenzia le leve a disposizione dell'Azienda a supporto del proprio processo di cambiamento e innovazione, in termini di:

- punti di forza, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, favorevoli alla realizzazione delle strategie future,
- opportunità, ovvero stimoli positivi al cambiamento provenienti dall'ambiente esterno.

Parallelamente, l'Analisi SWOT evidenzia le criticità da fronteggiare, in termini di:

- punti di debolezza, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, di ostacolo alla realizzazione delle strategie future,
- minacce, ovvero resistenze al cambiamento dovute alle variabili di contesto.



20

CRITICITA'

Punti di Debolezza

- Circa il 30% della forza lavoro complessiva è attualmente rappresentata da personale con tassi di assenza elevato per infortunio sul lavoro quindi da ricondurre a comportamenti individuali più accurati e appropriate.
- La carenza di alcuni "profili" professionali strategici per le prospettive di cambiamento.
- La mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione ancora non in linea, anche per l'elevata incidenza di ricoveri inappropriati.
- Una scarsa integrazione con il sociale.
- Un sotto utilizzo delle Sale Operatorie.

Minacce

- Un aumento costante delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie connesse con l'obesità.
- La cronicizzazione progressiva delle patologie e lo sviluppo di pluri-patologie da gestire con opportune forme di multidisciplinarietà.
- Una costante evoluzione dei farmaci oncologici e biologici con conseguente pressione sulla spesa.
- Comportamenti prescrittivi poco attenti all'appropriatezza.
- L'elevata dispersione demografica della popolazione sul territorio.
- Il reddito medio provinciale inferiore alla media regionale e nazionale.

Punti di Forza

- La disponibilità di strumenti consolidati di Governo Clinico, utili per analizzare la frammentazione organizzativa e a favorire la reingegnerizzazione dei processi e il lavoro di gruppo.
- La disponibilità di moderne tecnologie nella maggior parte delle funzioni sanitarie.
- La disponibilità di strumenti volti all'integrazione di un percorso strategico di sviluppo
- Centro regionale sangue e attivazione dell'Officina Trasfusionale Sangue
- Il laboratorio unico logico d'analisi: Certificato CPA.
- Riconoscimenti europei di qualità su alcuni percorsi strategici: Certificazione Eusoma.

Opportunità

- Lo sviluppo e l'abitudine all'utilizzo di un sistema di indicatori per l'allineamento tra obiettivi, processi e risultati a tutti i livelli dell'organizzazione, sostenuta da un efficace sistema di raccolta delle informazioni (Cruscotto delle Performance)
- Il progetto regionale di sviluppo progressivo di Reti Cliniche interaziendali.
- La disponibilità al dialogo costruttivo da parte degli Enti Locali.
- Una forte presenza sul territorio delle Associazioni di Volontariato, da coinvolgere per sviluppare forme di collaborazione.
- Aspettative di vita sul territorio provinciale, superiori alla media regionale.
- La presenza di un tessuto familiare ancora in grado di supportare cronicità e disabilità.
- Gli indirizzi regionali di sviluppo della medicina di iniziativa.
- Capacità di applicare tutte le più recenti normative inerenti il riequilibrio dei ruoli tra Ospedale e Territorio nel rispetto di una più adeguata attenzione alle cure graduate: maggiore "presa in carico" e "maggiore integrazione Ospedale/Territorio;

4.1 Analisi del contesto ed invecchiamento progressivo della popolazione

Di seguito è riportata una tabella con alcuni indicatori di analisi del contesto esterno in cui opera la ASL 2 Lanciano Vasto Chieti relativamente alla popolazione servita:

| BILANCIO DEMOGRAFICO (Anno 2014) | | | |
|---|-------------------|------------------|----------------|
| | Nazione | Regione | ASL |
| Popolazione al 1 gen. | 60.782.668 | 1.333.939 | 393.734 |
| Nati | 502.596 | 10.534 | 3.010 |
| Morti | 598.364 | 14.382 | 4.338 |
| <u>Saldo naturale</u> | -95.768 | -3.848 | -1.328 |
| Iscritti | 1.767.979 | 34.716 | 9.036 |
| Cancellati | 1.659.267 | 33.233 | 8.679 |
| <u>Saldo Migratorio</u> | 108.712 | 1.483 | 357 |
| <u>Saldo Totale</u> | 12.944 | -2.365 | -971 |
| Popolazione al 31° dic. | 60.795.612 | 1.331.574 | 392.763 |

Fonte: elaborazione Urbistat anno 2014

L'invecchiamento progressivo della popolazione comporta la crescita esponenziale del bisogno di servizi sanitari e socio sanitari, legata alla crescente complessità delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose.

L'assistenza domiciliare per le malattie croniche resta nella nostra azienda un'alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriata e come forma assistenziale da incrementare, sia per la qualità di vita del paziente, sia per i vantaggi economici rispetto ad altre forme di ricovero anche extra ospedaliere.

4.1.1 Infortuni sul lavoro nel territorio dell'ASL 2 Abruzzo

L'ultimo rapporto annuale regionale dell'INAIL è riferito all'anno 2012. In tutto il territorio regionale si è apprezzata una diminuzione degli infortuni pari all'11% rispetto all'anno precedente, passando dai 18278 casi del 2011 ai 16199 del 2012.




PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Gli infortuni a livello provinciale riferiti al territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti, sono passati dai 6233 casi del 2011 ai 5387 del 2012. Gli infortuni mortali passano da 10 casi del 2011 a 6 del 2012.

Va detto che tale diminuzione può essere ascritta solo in parte ad una maggiore cultura della sicurezza sul lavoro, in quanto è sicuramente il risultato della pesante crisi economica che ha colpito la Regione Abruzzo e quindi anche il territorio della provincia di Chieti nel corso dei periodi in esame, crisi che ha conseguentemente comportato una diminuzione sia delle ore lavorate che nel numero di persone impiegate in attività lavorative rispetto all'anno precedente.

4.2 Le risorse tecnologiche

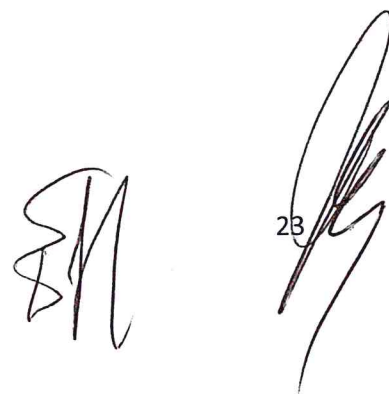
Le **Apparecchiature Pesanti** sono installate, a livello aziendale, come di seguito elencate:

| APPARECCHIATURE PESANTI | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|----------------------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------|--------------|-------------------------|
| | P.O. Chieti | P.O. Guardiagrele | P.O. Ortona | P.O. Lanciano | P.O. Vasto | P.O. Atessa | PTA Casoli | PTA Gissi | DSB San Salvo |
| TAC | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Risonanza Magnetica | 2 (in convenzione con l'ITAB) ad alto campo | | | 1 (ad alto campo) | 1 (ad alto campo) | 1 (a basso campo) | | | 1 (a basso campo) |
| Angiografi | 1 | | | | | | | | |
| Gamma Camere | 2 | | | 2 | | | | | |
| Acceleratori Lineari | 2 | | | 2 | | | | | |
| Robot Da Vinci | 1 | | | | | | | | |

Per quanto concerne tutte le altre informazioni generali aziendali si rinvia alla lettura degli Strumenti di Programmazione 2016-2018:

- *Piano Strategico Aziendale*

- *Piano degli investimenti e delle tecnologie sanitarie*



23

5. Ciclo di gestione della Performance

Ai fini dell'attuazione dei principi generali di cui all'art. 3 del Dlgs. 150/2009, la ASL Lanciano Vasto Chieti ha sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della Performance.

Il "Ciclo di gestione della performance" parte da una programmazione strategica, che definisce gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, i conseguenti indicatori e i valori attesi di risultato sui quali è stata definita la misurazione e la valutazione della performance.

Il "Ciclo di gestione della performance" prevede poi l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi da perseguire, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, il monitoraggio nel corso dello svolgimento del programma con il ricorso ad eventuali interventi correttivi, la misurazione e la valutazione della performance, l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

A conclusione del ciclo, è prevista la rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica.

Di seguito si descrivono *le fasi del Ciclo di Gestione delle Performance seguite nell'anno 2015*:

Fase 1: Adozione delibera n. 1668/2014 strumenti di programmazione pluriennale: Piano Strategico Aziendale 2015-2017 (29/11/2014);

Fase 2: Presentazione del Ciclo della performance: Invito al Budget 2015 (20-27 gennaio 2015);

Fase 3: Presentazione dati economici e di attività- Cruscotto performance 2013-2014 al Collegio di Direzione e successivamente a tutte le UU.OO.;

Fase 4: Prenegoziatura e Negoziatura schede di budget (entro il 31 marzo 2015);

Fase 5: Rilevazione trimestrale dati di attività-monitoraggio:aggiornamento *sistema di reporting*, *aggiornamento cruscotto performance* trimestrale e invio reportistica;

Fase 6: Individuazione di azioni di feed-back infrannuali: eventuale richiesta di rinegoziatura da parte delle UU.OO.;

Fase 7: Misurazione e Valutazione della Performance attraverso l'organo competente (NAV);

Fase 8: Utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;

Fase 9: Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo e ai vertici dell'amministrazione nonché trasmissione della reportistica "cruscotto performance"



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

2012-2015”, a tutte le UU.OO. e a tutti i direttori di dipartimento al fine di analizzare e proporre azioni di feed-back per la programmazione 2016;

Fase 10: Adozione delibera n 751/2015 strumenti di programmazione pluriennale: Piano Strategico Aziendale 2016-2018 (30/11/2015);

Fase 11: Proposta e individuazione di azioni correttive per le singole UU.OO. aziendali da parte di tutte le funzioni di staff volte rilevare e individuare misure per il ciclo della performance 2016.

5.1 Il Piano dei Centri di Rilevazione - Il Sistema di Reporting e il Cruscotto delle Performance

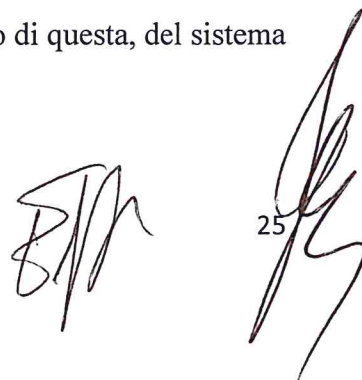
L’Azienda, nel rispetto delle direttive introdotte dal D.Lgs 229/99 e dalle Linee di indirizzo per la redazione degli Atti di autonomia aziendale, ha realizzato una struttura organizzativa basata sul principio della chiara e univoca responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifica linea di attività.

Il nuovo Piano dei Centri di Rilevazione e di costo, adottato con delibera n. 427 del 10.4.15, è stato realizzato a partire dalla necessità dell’Azienda di dotarsi di un sistema di controllo dei costi e delle rilevazioni contabili che fosse adeguato rispetto al mutato assetto organizzativo definito all’interno dell’atto aziendale vigente.

Oltre a tale aspetto, hanno influito nella progettazione dell’anagrafica – da un lato - l’esigenza di monitorare i costi ed i ricavi di ciascuna linea di attività che caratterizza i reparti ed i servizi presenti all’interno dell’organizzazione e – dall’altro – l’esigenza di monitorare la produzione e l’assorbimento delle risorse che ha caratterizzato l’attività dei differenti punti di erogazione della ASL.

Nelle figure successive sono illustrate le principali caratteristiche dell’anagrafica del contenuto dei livelli gerarchici della stessa e della composizione dei centri di rilevazione elementari su cui verranno effettuate le rilevazioni contabili.

Il Centro di rilevazione è definito come unità contabile minima alla base del sistema delle rilevazioni a supporto della funzione Programmazione Strategica e, all’interno di questa, del sistema informativo di contabilità analitica.



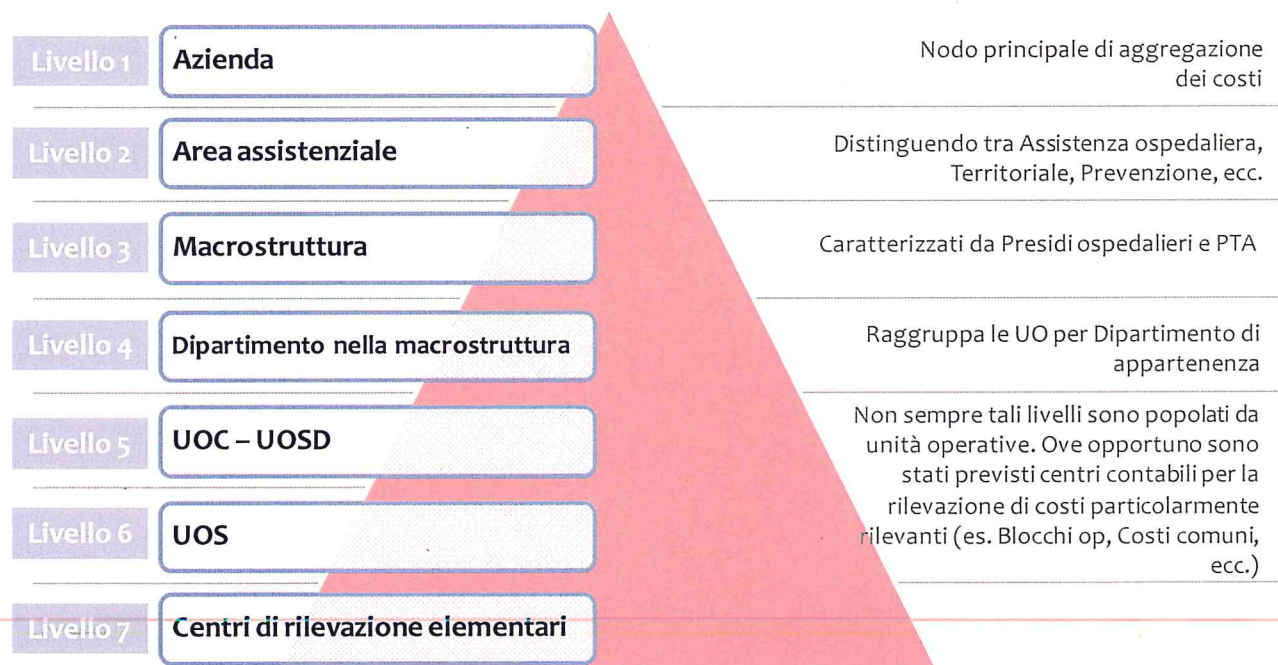
25

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

I Centri di Rilevazione possono essere suddivisi in due categorie:

- **Centri di rilevazione elementari (o di ultimo livello):** sono i centri di Input, ossia tutti quei centri di rilevazione destinati ad accogliere la singola rilevazione contabile derivante dallo svolgimento delle contabilità operative aziendali (ad esempio, lo scarico di magazzino, la registrazione della prima nota, l’allocazione del dipendente, ecc.).
- **Centri di rilevazioni aggregati:** sono i centri di aggregazione, ossia tutti quei centri di rilevazione rispetto ai quali sono aggregate informazioni registrate e/o aggregate su centri di rilevazione di livello inferiore.

E’ evidente che al crescere dei livelli di consolidamento, il Centro di Rilevazione tende a convergere con la struttura organizzativa e la distribuzione delle responsabilità aziendali, sino ad identificarsi con il concetto - definito in letteratura - di **Centro di Responsabilità**.



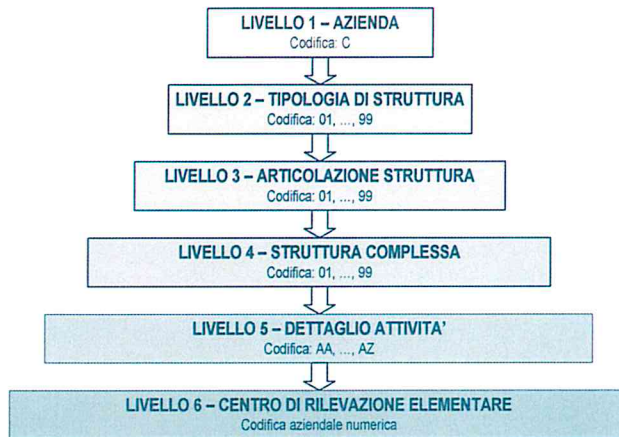
Al fine di consentire in fase di analisi di effettuare aggregazioni dei costi secondo una visione trasversale, è stata prevista la realizzazione di un *riclassificatore* Dipartimentale. Di seguitosi riportano due figure che – a titolo di esempio - illustrano il funzionamento di tale strumento:

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Il riclassificatore Dipartimentale:

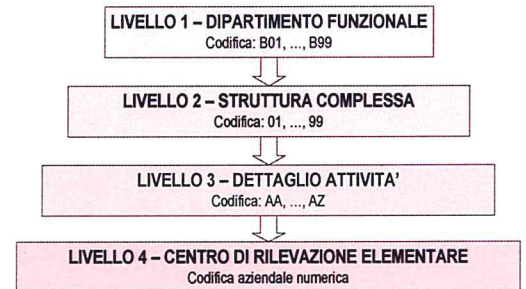
Visione organizzativa *verticale*
per Macrostruttura

Piano dei
Centri di rilevazione

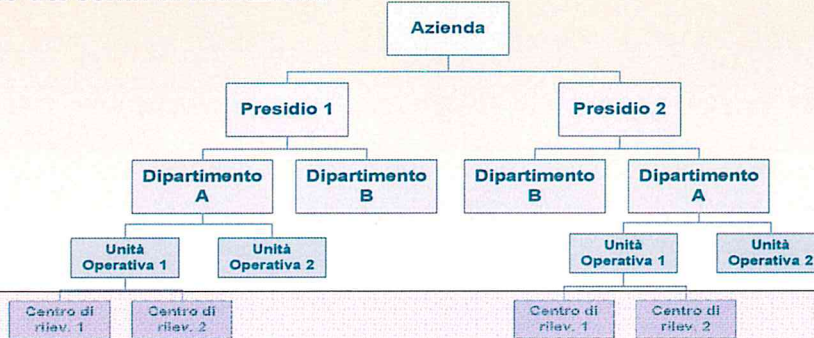


Visione organizzativa *trasversale*
per Dipartimenti Funzionali

Riclassificatore
Dipartimentale



Piano dei centri di rilevazione



Centri di rilevazione legati al Riclassificatore



Riclassificatore Dipartimentale

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Pertanto, il Sistema Informativo Direzionale sul quale l'azienda sta investendo sia in termini di risorse che di attività, è alimentato a partire da archivi ponte sviluppati in corrispondenza delle diverse aree di rilevazione, la cui finalità è quella di procedere all'archiviazione ed alla storicizzazione delle informazioni di interesse per la funzione Programmazione e Controllo nell'ambito della attività del processo di budgeting svolto dallo Sviluppo Strategico Aziendale.

Il Sistema di Reporting che si sta generando ed implementando è lo strumento che consente di interrogare e visualizzare tali informazioni all'interno di reports ed analytics affinché possano costituire un efficace supporto ai processi decisionali dell'Azienda Sanitaria.

In particolare, le caratteristiche più importanti della Piattaforma Direzionale, possono essere così riassunte:

- consente l'interrogazione in tempo reale della base dati, permettendo al tempo stesso la realizzazione di report e cruscotti caratterizzati da un elevato livello di personalizzazione alimentati simultaneamente rispetto alla storicizzazione delle scritture di contabilità analitica;
- il principio di funzionamento dello strumento consente di sviluppare analisi caratterizzate da un elevato livello di navigabilità e di interattività da parte degli utenti, rendendo possibile il drill down istantaneo delle singole dimensioni di analisi da livelli aggregati fino al livello di massima granularità delle informazioni o l'esplorazione delle associazioni dirette ed indirette esistenti tra i dati;
- consente di sviluppare sistemi di misurazione delle performance e del grado di raggiungimento di obiettivi mediante il calcolo di Key Performance Indicators (KPI);
- il sistema di acquisizione delle informazioni ed elaborazione in-memory delle informazioni permette di acquisire ampi dataset ed interrogare in-memory report con tempi di attesa delle elaborazioni molto bassi;
- consente di sviluppare reports acquisendo contemporaneamente dati da diverse fonti informative e fornendo agli utenti la possibilità di integrare il sistema di reporting con informazioni di dettaglio non considerate all'interno del sistema di contabilità analitica.

Il sistema di analisi e reporting in fase di realizzazione mediante la apposita piattaforma, prevede la rappresentazione delle informazioni di interesse per la funzione programmazione e controllo.



28

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Nelle figure seguenti sono riportati alcuni esempi di report e cruscotti realizzati mediante la Piattaforma.

CONTO ECONOMICO SINTETICO

Analisi dei costi e dei ricavi di produzione

Dipartimento: Dipartimento Chirurgico

| Fattore Produttivo | Anno | | Δ % |
|--|----------------------|----------------------|-------------|
| | 2012 | 2013 | |
| Valore della produzione | € 45.437.102 | € 51.081.332 | 12% |
| Valore dell'assistenza sanitaria erogata a residenti (da valorizzazione...) | € 34.188.265 | € 37.852.159 | 11% |
| Valore per Ricoveri Ordinari erogati a residenti | € 29.944.421 | € 31.956.593 | 7% |
| Valore per Ricoveri Durni erogati a residenti | € 4.243.844 | € 5.895.566 | 39% |
| Valore dell'assistenza sanitaria erogata a non residenti (da valorizzazio...) | € 11.289.597 | € 13.265.797 | 18% |
| Valore per Ricoveri Ordinari erogati intra Regione | € 5.111.729 | € 6.045.122 | 18% |
| Valore per Ricoveri Durni erogati intra Regione | € 1.390.946 | € 2.063.000 | 48% |
| Valore per Ricoveri Ordinari erogati extra Regione | € 4.228.753 | € 4.483.199 | 6% |
| Valore per Ricoveri Durni erogati extra Regione | € 558.169 | € 674.476 | 21% |
| Costo della produzione | € 81.599.505 | € 82.561.186 | 1% |
| Consumo di beni sanitari | € 22.467.001 | € 20.740.513 | -8% |
| Consumo Altri beni e prodotti sanitari | € 7.904 | € 5.925 | -25% |
| Consumo prodotti chimici | € 174 | € 139 | -20% |
| Consumo materiali per la profilassi | € 508 | € 309 | -39% |
| Consumo prodotti dietetici | € 118 | € 63 | -47% |
| Consumo dispositivi diagnostici in vitro | € 6.555 | € 4.802 | -27% |
| Consumo materiali per dialisi | € 13.543 | € 9.820 | -27% |
| Consumo protesi | € 8.768.267 | € 8.469.665 | -3% |
| Consumi strutturali chirurgici non costituito da immobilizzatori | € 12.740.471 | € 11.458.289 | -10% |
| Consumo emodermivi con AIC | € 82.115 | € 27.912 | -66% |
| Consumo soluzioni infusionali con AIC | € 32.469 | € 30.080 | -7% |
| Consumo medicinali con AIC | € 815.657 | € 733.509 | -10% |
| Consumo di beni non sanitari | € 152.614 | € 83.860 | -45% |
| Costo del personale dipendente (da rilevazioni di Co.EP) | € 58.979.089 | € 61.736.813 | 5% |
| Costo Personale dirigente ruolo sanitario | € 21.623.832 | € 22.898.384 | 6% |
| Costo Personale del comparto ruolo sanitario | € 32.644.675 | € 34.568.819 | 6% |
| Costo Personale dirigente ruolo tecnico | € 2.087.788 | € 1.667.924 | -20% |
| Costo Personale del comparto ruolo tecnico | € 2.622.795 | € 2.601.687 | -1% |
| Margine Operativo Lordo | -€ 36.162.403 | -€ 31.479.854 | 13% |

Unità Operative

Unità Operative Semplici

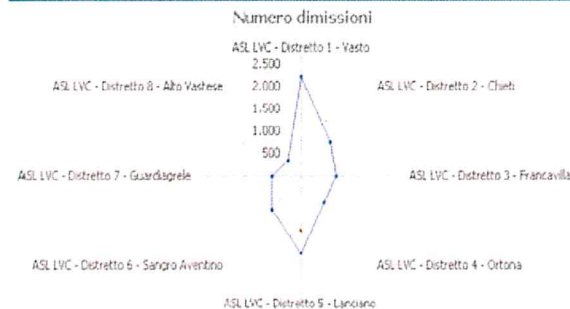
Dipartimenti
Dipartimento Chirurgico

RICOVERI

Analisi dei bacini di provenienza dei pazienti

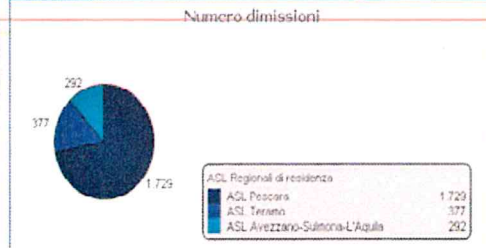
Dipartimento: Dipartimento Chirurgico

Provenienza pazienti residenti nel territorio dell'Azienda sanitaria

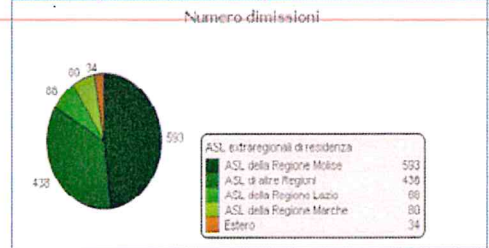


| Distretto di residenza | Dimissioni |
|---|------------|
| ASL LVC - Distretto 1 - Vasto | 2.428 |
| ASL LVC - Distretto 5 - Lanciano | 1.756 |
| ASL LVC - Distretto 4 - Sangro-Aventino | 1.101 |
| ASL LVC - Distretto 2 - Chieti | 1.096 |
| ASL LVC - Distretto 3 - Francavilla | 923 |
| ASL LVC - Distretto 4 - Ortona | 878 |
| ASL LVC - Distretto 7 - Guardagrele | 767 |
| ASL LVC - Distretto 8 - Alto Vastese | 472 |

Provenienza pazienti residenti nelle altre ASL della Regione



Provenienza pazienti residenti fuori Regione



[Handwritten signature]

29 [Handwritten signature]

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Pertanto, lo scopo che persegue il Governo integrato per lo Sviluppo Strategico, è quello di:

- implementare e realizzare un sistema di reporting aziendale che integri le peculiarità del governo clinico organizzativo con quelle del governo economico;
- elaborare i dati raccolti per alimentare un sistema articolato di “cruscotti” di monitoraggio sintetici;
- supportare la Direzione Generale nelle attività di pianificazione e di valutazione;
- fornire alle UU.OO. informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse;
- garantire un sistematico benchmarking su tutti i livelli organizzativi aziendali.



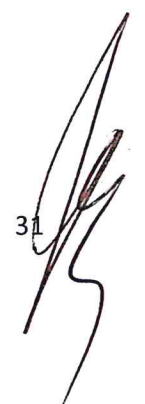
Di seguito viene riportato a titolo esemplificativo stralcio del “Cruscotto delle Performance Aziendali e Dipartimentali delle aree ospedaliere” che l’Azienda aggiorna trimestralmente per i diversi livelli organizzativi: Aziendale, Dipartimentale e di Unità Operativa.

Il Cruscotto delle Performance, completo ed integrato di tutte le elaborazioni aziendali per Dipartimento e per UO derivanti dal tracciato EMUR viene inviato dallo Sviluppo Strategico Organizzativo trimestralmente a tutti i Direttori di Dipartimento, Direttori/Responsabili di UOC/UOSD.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

| CRUSCOTTO DELLE PERFORMANCE AZIENDALI E DIPARTIMENTALI DELLE AREE OSPEDALIERE | | AZIENDALE | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------------------------|----------------|---------------------------------|--|
| | | 2012 | 2013 | 1° sem 2014 | 2014 | Δ 2014 - 2013 | 1° sem 2015 | Δ 1° sem 2015 1° sem 2014 | Precorr. 2015 | Δ pre-cons2015 - cons2014 | |
| | POST LETTO ordinari | | 393 | | 519 | | | | | 326 | |
| | POSTI LETTO Day Hospital | | 116 | | 116 | | | | | 128 | |
| | POSTI LETTO Tecnici | | 69 | | 89 | | | | | 69 | |
| SCHEDE INCL | Valore della produzione | € 158.427.871 | € 131.374.446 | € 116.076.307 | € 229.569.358 | -€ 1.971.188 | € 108.192.821 | -€ 3.584.041 | € 211.945.230 | -€ 18.267.769 | |
| | Valore dei ricoveri erogati | € 158.427.871 | € 166.041.273 | € 76.817.307 | € 159.069.491 | -€ 7.032.782 | € 70.146.415 | -€ 3.771.488 | € 145.235.159 | -€ 13.775.332 | |
| | Valore specialistica ambulatoriale | | 143.114.215 | € 22.200.001 | € 44.491.923 | € 1.285.748 | € 20.188.428 | € 1.212.559 | € 43.528.279 | € 1.375.650 | |
| | Valore prestazioni intermedie erogate | | 122.715.958 | € 11.357.599 | € 26.491.605 | € 5.775.147 | € 11.157.972 | € 0 | € 22.283.322 | € 3.209.748 | |
| | Costi diretti variabili | € 78.110.980 | € 88.792.208 | € 51.799.184 | € 106.217.597 | -€ 405.129 | € 45.054.347 | -€ 2.785.843 | € 160.458.911 | € 5.708.626 | |
| | Consumo di beni sanitari: | € 75.675.251 | € 74.413.503 | € 33.035.182 | € 79.214.464 | -€ 870.173 | € 38.968.394 | € 15.52316 | € 78.981.203 | -€ 1.203.256 | |
| | prodotti farmaceutici ed ortopedici | € 21.120.050 | € 20.851.613 | € 11.585.106 | € 23.478.857 | -€ 614.705 | € 11.480.622 | -€ 10.444 | € 21.515.275 | € 61.019 | |
| | dispositivi medici | € 51.965.421 | € 49.411.233 | € 24.508.690 | € 31.580.065 | -€ 178.822 | € 25.380.083 | -€ 670.423 | € 51.819.171 | € 20.102 | |
| | altri beni sanitari | € 3.689.798 | € 4.141.748 | € 1.841.402 | € 4.221.042 | € 77.206 | € 1.427.628 | -€ 412.544 | € 2.925.703 | -€ 1.234.262 | |
| | Consumo di beni non sanitari | € 2.644.721 | € 2.621.652 | € 1.157.209 | € 2.817.109 | € 293.400 | € 188.249 | -€ 278.742 | € 1.822.002 | -€ 1.011.201 | |
| | Prestazioni intermedie fruite | | 122.715.958 | € 12.688.189 | € 24.046.176 | € 1.390.218 | € 10.107.701 | -€ 2.660.415 | € 20.556.912 | -€ 1.888.264 | |
| | Margine maglie | € 89.307.891 | € 182.182.238 | € 58.388.673 | € 123.715.491 | -€ 6.665.243 | € 54.188.471 | -€ 4.359.256 | € 131.389.379 | -€ 12.689.134 | |
| | Altri costi diretti (Personale Din-Corr) | € 197.508.818 | € 103.129.319 | € 145.311.179 | € 7.972.155 | € 107.195.798 | € 261.267 | € 220.151.132 | € 5.009.659 | | |
| | Secondo margine | € 81.107.881 | -€ 35.437.580 | -€ 48.702.816 | € 91.408.892 | -€ 15.079.102 | -€ 53.022.315 | -€ 4.450.461 | -€ 189.364.758 | -€ 11.668.872 | |
| | INDICATORI DI ATTIVITA' - RICOVERI ORDINARI | | | | | | | | | | |
| | Numero dimissioni ricoveri ordinari | 42.281 | 4.870 | 19.312 | 19.949 | -2.021 | 14.571 | 54 | € 38.752 | 4.083 | |
| | Numero ricoveri da P.S. | | 21.442 | 21.461 | 21.013 | 2.362 | 21.924 | 313 | 24.444 | 541 | |
| | Peso medio ricoveri ordinari | 1,04 | 1,04 | 0,26 | 1,06 | 0,02 | 1,06 | 0,02 | 1,05 | 0,00 | |
| | Regenza media (escluso discipline 28,56, 64, 75) | 7,59 | 7,70 | 8,10 | 7,50 | -0,20 | 7,30 | -0,20 | 7,50 | 0,30 | |
| | % DRG chirurgici | 30,93% | 31,70% | 32,28% | 30,10% | -0,40% | 31,40% | 0,20% | 32,40% | 3,52% | |
| | Casi DRG LEA ad alto rischio di inappropriato | 4.751 | 4.365 | 1.593 | 3.818 | -447 | 3.520 | -493 | 3.064 | -164 | |
| | % DRG LEA ad alto rischio di inappropriato | 11,20% | 11,20% | 10,39% | 5,60% | -4,28% | 7,90% | -3,00% | 7,90% | -3,70% | |
| | % DRG LEA ad alta rischio di inappropriato da P.S. | | 10,12% | | 1,90% | -1,24% | 7,10% | | | | |
| | % ricoveri programmati | 48,03% | 66,90% | 57,89% | 34,70% | -12,27% | 29,70% | -9,00% | 29,70% | -4,00% | |
| | % ricoveri urgenti | 51,97% | 33,10% | 42,11% | 65,30% | 12,22% | 70,30% | 9,00% | 70,30% | 3,00% | |
| | Numero dimissioni protette | 581 | 774 | 417 | 876 | 152 | 441 | 24 | 882 | 5 | |
| INDICATORI DI ATTIVITA' - RICOVERI GIURNI | | | | | | | | | | | |
| | Numero dimissioni ricoveri giurni | 15.381 | 15.594 | 9.715 | 13.775 | -1.128 | 4.281 | -1.431 | 8.265 | -5.213 | |
| | Peso medio ricoveri giurni | 0,71 | 0,79 | 0,79 | 0,79 | 0 | 0,77 | -0,02 | 0,77 | -0,02 | |
| | Accessi medi ricoveri giurni | 3,1 | 3,8 | 1,0 | 3,7 | 3,3 | 3,8 | 0,4 | 3,5 | -2,3 | |
| | % Day surgery | 59,32% | 66,30% | 77,30% | 62,60% | 0,30% | 72,50% | -4,80% | 72,50% | 11,20% | |
| INDICATORI DI ATTIVITA' - RICOVERATI EMOBILITA' | | | | | | | | | | | |
| | Numero ricoveri erogati a residenti della ASL | 42.627 | 41.601 | 19.084 | 19.912 | -2.850 | 17.256 | -1.134 | 35.002 | -4.012 | |
| | % ricoveri erogati a residenti ASL | 74,02% | 74,10% | 75,28% | 74,92% | 0,32% | 75,98% | -0,32% | 75,98% | 1,50% | |
| | Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva intra-regionale | 10.511 | 10.563 | 4.394 | 9.683 | -800 | 4.051 | 282 | 8.101 | -1.579 | |
| | % di ricoveri erogati in mobilità attiva intra-regionale | 18,25% | 18,40% | 17,28% | 20,10% | -0,30% | 17,10% | -0,20% | 17,10% | -1,00% | |
| | Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva extra-regionale | 4.447 | 1.931 | 1.619 | 4.035 | -711 | 1.652 | 37 | 1.312 | -718 | |
| | % ricoveri erogati in mobilità attiva extra-regionale | 7,72% | 1,50% | 5,20% | 7,50% | 0,00% | 7,00% | 0,50% | 7,00% | -4,50% | |
| | NUMERO DI RICOVERI EROGATI TOTALI | 57.571 | 57.464 | 25.087 | 18.424 | -8.140 | 29.859 | -1.979 | 47.515 | -8.308 | |
| | % DI RICOVERI EROGATI TOTALI | 166,99% | 166,88% | 100,81% | 100,00% | 166,02% | 100,00% | 166,02% | 100,00% | 166,02% | |
| PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE | | | | | | | | | | | |
| | Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriale erogate | | 3.421.298 | 1.782.364 | 3.515.727 | 143.429 | 1.147.691 | 164.824 | 3.875.374 | 329.647 | |
| | Valore economico prestazioni di specialistiche ambulatoriale erogate | | 43.114.215 | € 21.200.082 | € 44.491.923 | 1.285.748 | € 20.188.428 | -€ 1.212.556 | € 41.978.892 | -€ 2.425.111 | |
| PRESTAZIONI INTERMEDIE EROGATEE FRUITE | | | | | | | | | | | |
| | Valore prestazioni intermedie fruite | | 22.715.958 | € 11.031.689 | € 24.046.176 | 1.330.218 | € 10.817.701 | -€ 1.995.256 | € 20.655.521 | -€ 3.330.659 | |
| | Valore prestazioni intermedie erogate | | 22.715.958 | € 13.245.393 | € 26.491.605 | € 3.775.147 | € 11.157.972 | -€ 1.887.824 | € 22.715.958 | -€ 3.775.647 | |
| INDICATORI RELATIVI L'UTILIZZO E L'ASSORBITIVO DELLE RISORSE | | | | | | | | | | | |
| | Costo prodotti farmaceutici per punto DRG | 608,2 | 120,7 | 444,5 | 1.040,6 | 215,90 | 1.270,10 | 829,50 | 1.270,10 | 209,50 | |
| | Costo dispositivi per punto DRG | 319,7 | 391,7 | 979,6 | 989,7 | 669,90 | 1.077,80 | 390,00 | 1.077,80 | 87,90 | |
| | punti DRG per unità di personale medico | 50,3 | 51,4 | 22,8 | 48,8 | -2,80 | 21,50 | -2,50 | 43,40 | -4,80 | |
| | punti DRG per unità di personale infermieristico | 28,1 | 28,0 | 11,5 | 27,4 | -1,50 | 12,30 | -1,30 | 26,50 | -2,90 | |

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

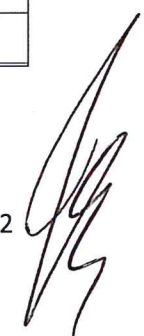
5.2 Il Processo di Budget nel ciclo di gestione della performance

La logica seguita dall'Azienda di creare e consolidare un sistema integrato viene seguita e messa in atto anche attraverso il processo di Budget. La scheda di Budget utilizzata dal 2012 è articolata in 4 macro aree:

1. Aziendale
2. Dipartimentale
3. Unità Operativa
4. Sviluppo Organizzativo

che identificano rispettivamente il contributo strategico richiesto ad ogni UO nell'ottica di miglioramento continuo delle macroaree stesse. Di seguito si riportata a titolo esemplificativo una scheda di Budget:

| Obiettivi Budget 2014 | | | Centro di negoziazione: | | | | |
|------------------------|---|--|-------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| | | | Direttore: | | | | |
| Tip. Obtv | Obiettivo | Indicatore | anno 2013 | anno 2014 | | | |
| | | | Consuntivo | Valore Atteso | Proposta Unità Operativa | Valore rinegoziato | Punteggio assegnato |
| Aziendale | Miglioramento contributo dell'unità operativa all'equilibrio economico dell'Azienda | Primo Margine Scheda M.O.L. | | | | | |
| Dipartimentale | Contenimento costo Spesa Farmaceutica | Spesa farmaceutica | | | | | |
| | Contenimento costo dispositivi medici | Spesa dispositivi medici | | | | | |
| Unità Operativa | Contenimento costo dispositivi medici per punto DRGs | Spesa dispositivi medici per Punto DRGs | | | | | |
| | Miglioramento degli indici di performance della unità operativa | Diminuzione DRG LEA inappropriati | | | | | |
| | | Aumento /Mantenimento PM DRGs | | | | | |
| | Compilazione Cartella Clinica | Corretta compilazione cartella clinica | | | | | |
| | Compilazione check list sala operatoria in rispetto manuale ministeriale sicurezza in sala operatoria | N. check list compilate correttamente/ N. interventi chirurgici mediante relazione del Risk Management | | | | | |
| | Corretta pianificazione sale operatorie | Congruenza piano settimanale delle sedute operatorie con lista giornaliera | | | | | |
| | Corretta compilazione registro operatorio informatizzato | N. verbali informatizzati/ N. interventi | | | | | |
| | Realizzazione di un progetto condiviso con la geriatria di Ortogeriatrics | Realizzazione e condivisione Progetto | | | | | |
| Sviluppo organizzativo | Compilazione schede di addestramento | N. schede compilate / N. schede totali | | | | | |
| | Valutazione delle performance-comparto | N°indagini di customer satisfaction nel II semestre 2014 | | | | | |
| | | Scheda neo assunti: accoglienza, allocazione, inserimento e sicurezza (D. Lgs. 81/2008) | | | | | |
| | | Scheda di complessità assistenziale | | | | | |

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Area Aziendale:

Con tutte le unità operative è stato negoziato l'obiettivo strategico riferito al "Miglioramento contributo dell'unità operativa all'equilibrio economico dell'Azienda", misurato con il Primo Margine Operativo Lordo che è dato dalla differenza tra il valore virtuale della produzione (calcolato come prodotto tra il numero dei ricoveri e il rispettivo valore DRG) e i costi diretti variabili (consumo di beni sanitari che comprende la spesa per prodotti farmaceutici, dispositivi e non) con il fine di stimolare il continuo miglioramento dell'Unità Operativa nei confronti della propria capacità di diventare più efficiente sotto tutti i punti di vista.

Pertanto tale obiettivo, visto a livello di Dipartimento o di Azienda, esprime la capacità di remunerazione che le prestazioni erogate dal Dipartimento/Azienda hanno rispetto ai costi diretti sostenuti per erogare le stesse. È ovvio che tale indicatore permette alla Direzione di effettuare valutazioni di alto contenuto strategico.

Area Dipartimentale:

Sono stati negoziati obiettivi strategici con valenza per tutte le UU.OO. afferenti al Dipartimento, ad esempio la riduzione della spesa farmaceutica e dispositivi medici o di altri obiettivi ritenuti ad alto contenuto strategico e pertanto trasversali. Tale scelta trova fondamento nell'esigenza di creare/rafforzare/consolidare continuamente il concetto di "squadra" o meglio di Azienda all'interno di un Sistema Sanitario Regionale e Nazionale che persegue, seppur su diversi livelli, i medesimi obiettivi.

Per meglio garantire tale concetto, nell'anno 2015, sono stati assegnati obiettivi dipartimentali anche di natura interdipartimentale, come ad esempio, al Dipartimento di Radiologia è stato assegnato quello di contribuire alla riduzione della Degenza Media Aziendale, vista la trasversalità delle attività erogate dal Dipartimento su quelle di tutta l'Azienda.

Parimenti, nell'ottica di favorire il governo dell'integrazione ospedale territorio, con i NOD sono stati negoziati obiettivi strategici volti a ridurre il numero di ricoveri inappropriati del Dipartimento Medico, transitati e valutati dal Pronto Soccorso. Tali obiettivi hanno la peculiarità di stimolare costantemente "l'azione di filtro" che il territorio deve attuare, in modo preventivo, nei confronti dei pazienti fragili e cronici.



Area Unità Operativa:

Sono stati negoziati obiettivi strategici riguardanti il miglioramento degli indici di performance della struttura di riferimento, oltre ad obiettivi propri di u.o. quali la riduzione della Degenza Media, l'aumento del Peso Medio, Contenimento del costo dispositivi medici e/o Farmaci per punto DRGs, ed indicatori specifici inerenti ad esempio l'adeguamento alle disposizioni in materia di regimi di assistenza alternativa al ricovero, il rispetto delle procedure atte a garantire la qualità dei percorsi clinico-assistenziale ...

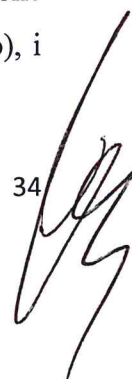
Area di Sviluppo Organizzativo:

Introdotta nelle schede di Budget già nel 2011, quest'area è orientata al consolidamento aziendale, per tutto il 2014 e il 2015, a perseguire obiettivi di natura non solo di tipo economico (intesi come mera espressione del rispetto dei vincoli scaturenti dal rispetto del Piano di Risanamento o delle varie imposizioni ministeriali), ma anche e soprattutto obiettivi legati allo sviluppo delle professionalità, alla sicurezza degli operatori e alla valutazione degli operatori del comparto, nel rispetto del più ampio documento di Programmazione "Piano delle Performance" inteso oltre termini di attività in termini di qualità percepita dall'utente.

5.3 Processo di Budget 2016-2018: Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi

Il processo di Budget previsto per il triennio 2016-2018 segue l'impostazione logica descritta nel precedente paragrafo, ma è comunque tesa a porre in atto delle misure di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi.

Sulla base di quanto avviato nel 2015, nonché dei contenuti degli Strumenti di Programmazione 2016-2018 e del Piano triennale della Trasparenza e Anticorruzione 2016-2018, come richiesto dal DCA n.104 del 19 novembre 2015, per le annualità 2016-2018 il processo di Budget intende contribuire in maniera importante all'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio attivando una serie di obiettivi/indicatori di natura interdipartimentali e trasversali considerando nel particolare l'integrazione con una serie di flussi informativi con l'obiettivo di armonizzare e riconciliare i flussi di produzione oltre che i flussi di consumo (flussi dispositivi medici, consumi ospedalieri dei farmaci, distribuzione diretta dei farmaci rispetto ai flussi di rendicontazione economica e, limitatamente ai flussi CO e DD, rispetto al flusso della tracciabilità del farmaco), i flussi EMUR e i flussi SIAD.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

A tal riguardo partendo dal nuovo piano dei centri di rilevazione e dei centri di costo, che individua nell'ambito della struttura dell'ASL le unità organizzative rilevanti sotto il profilo delle informazioni contabili e gestionali, sarà funzionale al processo di Budget aziendale lo sviluppo del sistema di contabilità analitica, con la finalità specifica della produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'intera organizzazione quale strumento di supporto alle scelte ed alle verifiche.

Saranno previsti anche obiettivi relativi ai volumi di produzione ambulatoriale opportunamente distinti in attività istituzionale e in libera professione, obiettivi efferenti le 43 prestazioni traccianti al fine della riduzione delle liste d'attesa.

Ulteriore innovazione che si apporterà nell'Area dello Sviluppo Organizzativo è quella riferita all'introduzione di meccanismi in grado di misurare l'outcome della struttura in oggetto al fine di rimodulare l'esito delle cure, oltre che misurare con apposite indagini di customer il livello di qualità percepita dall'utente al fine di integrare tali risultati della valutazione complessiva della struttura e di poter attivare tutte le azioni di feedback necessarie.

La novità prevista per il triennio sarà l'introduzione degli obiettivi riferiti alle misure del Piano Anticorruzione oltre che il rispetto degli obblighi del Piano della Trasparenza a cui ogni struttura è soggetta.

Pertanto a livello aziendale si sta assistendo ad un processo di vero cambiamento strategico, in cui i principali attori (direttori di dipartimento e direttori di UOC ecc,) costantemente supportati dalla funzione di staff Sviluppo Strategico Organizzativo, hanno la possibilità e l'opportunità, di consultare il suddetto Cruscotto delle Performance e reportistica trimestrale dell'andamento dell'UO, del Dipartimento e dell'Azienda.

Al fine di attuare tutte le *azioni correttive e di feedback* che si ritiene di dover mettere in atto, il Direttore/Responsabile di struttura può attivare una serie di meccanismi correttivi che vanno dal semplice approfondimento delle cause che determinano le anomalie, all'utilizzo anche del meccanismo volto a ridisegnare l'organizzazione attesa della struttura esplicitando e richiedendo per ciascuno Dirigente un aggiornamento dell'incarico professionale attraverso il *profilo atteso ideale*.

Nel *profilo atteso ideale* riferito ad ogni singolo incarico, come è noto, si procede a descrivere le responsabilità, le conoscenze, le competenze (skills) e le attitudini che ciascuno deve possedere, o meglio deve tendere a possedere. Pertanto il profilo atteso interamente gestito dal



Direttore/Responsabile di UOC/UOSD in sintonia con la Direzione, lo Sviluppo Strategico e con la UOC Risorse Umane, diventa parte integrante del processo strategico di assegnazione e graduazione degli incarichi, oltre che strumento atto ad agevolare *le azioni correttive*.

5.4 Graduazione del peso degli obiettivi

Agli obiettivi, in sede di negoziazione di budget, verranno assegnati dei pesi diversificati per tipologia di CdR, per un totale di 100 punti ogni scheda. La distribuzione dei pesi tra i singoli obiettivi è rimessa alla negoziazione. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi per U.O. compete al NAV.


5.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione Generale in quanto diretta derivazione della *mission* aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale, il Piano Operativo Regionale in fase di aggiornamento. Tali linee di intervento strategico sono codificate nel Piano Strategico Aziendale che ha durata di norma triennale ed è soggetto a revisione ogni qual volta ne ricorrano le esigenze in relazione ai mutamenti istituzionali, alle minacce e alle opportunità espresse dal contesto di riferimento.

La programmazione annuale è declinata in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Gli interventi strategici vengono individuati nel percorso integrato di sviluppo strategico organizzativo nelle seguenti fasi:

- Lo sviluppo strategico organizzativo e il processo di Budget;
- Il sistema informativo direzionale;
- Il sistema di controllo e la procedura aziendale sulla documentazione clinica (SDO e Cartelle cliniche).

Gli obiettivi operativi vengono individuati nella fase di negoziazione di Budget. In tale fase ci si confronta in modo puntuale e trasparente, su dati e tematiche apparentemente non vicine tra loro, ma in realtà capaci di generare e monitorare quelle relazioni di causa-effetto tanto evidenti da garantire risultati sistemici che il Risanamento/Sviluppo di una ASL che “vive” in una Regione definita da troppo tempo “canaglia” deve porsi come vero obiettivo sul quale essere valutata.



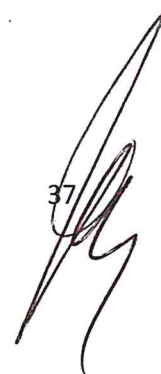
PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

La documentazione a supporto del processo decisionale aziendale sviluppato dalle annualità 2012-2013 ha inteso analizzare e rendere disponibili, oltre che una serie di dati sulle analisi economiche (Margine Operativo Lordo) una serie di indicatori di attività inerenti le seguenti aree chiave di intervento (KPA) ritenute Critiche per il successo delle performance aziendali:

A tale scopo, la presente metodologia intende implementare e realizzare il Sistema Integrato di Sviluppo Strategico attraverso il coinvolgimento costante di “tutti” gli operatori aziendali affinché si renda possibile attivare gli opportuni flussi informativi dalle UU.OO., elaborare i dati raccolti per alimentare un sistema articolato di “cruscotti” di monitoraggio sintetici e, parallelamente, per realizzare il sistema di reporting analitico sia per supportare la Direzione Generale nelle attività di pianificazione e di valutazione, sia per fornire alle UU.OO. informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse e per avviare un sistematico benchmarking tra le stesse.

Tali obiettivi, e i relativi indicatori, vengono assegnati attraverso un processo di negoziazione con i Dirigenti responsabili delle Unità Operative (budget).

La documentazione a supporto del processo decisionale aziendale, sviluppato in ottica di Governo Integrato con lo Sviluppo Strategico Organizzativo per le annualità 2012-2013-2014-2015 ha inteso analizzare e rendere disponibili, oltre che una serie di dati inerenti il governo economico (Margine Operativo Lordo,) una serie di indicatori di attività inerenti il governo clinico-organizzativo attraverso l'identificazione delle seguenti aree chiave di intervento (KPA) ritenute Critiche per il successo delle performance aziendali:



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Governo Clinico-Organizzativo

Aree chiave di intervento

Indicatori di attività: Ricoveri

Ordinari/Diurni

Provenienza dei pazienti ricoverati e mobilità

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni intermedie erogate e fruito

Indicatori relativi l'utilizzo e l'assorbimento delle risorse

Governo Economico

Aree chiave di intervento

Valore della Produzione

Costi diretti variabili

Primo Margine Operativo Lordo

Altri costi

Secondo Margine Operativo Lordo

Governo Integrato per lo Sviluppo Strategico-Organizzativo

Per ciascuna KPA sono stati individuati più Indicatori Chiave di Risultato (KPI). I KPI, infatti, sono utilizzati allo scopo di misurare e, quindi, verificare la capacità dell'organizzazione di presidiare le Aree Chiave di Risultato. I KPI fanno riferimento a volumi di prestazioni, a tassi di copertura della domanda, ai costi, quindi, in linea generale, riguardano variabili gestionali naturalmente espresse in forma quantitativa. Di seguito si riportano alcuni dei principali indicatori KPI oggetto di monitoraggio:

| INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI ORDINARI | |
|---|--------------------------------|
| Numero dimissioni ricoveri ordinari | <i>Numero ricoveri da P.S.</i> |
| Peso medio ricoveri ordinari | |
| Degenza media | |
| % DRG chirurgici | |
| Casi DRG LEA ad alto rischio di inappropriately | |
| % DRG LEA ad alto rischio di inappropriately | |
| <i>% DRG LEA ad alto rischio di inappropriately da P.S.</i> | |
| % ricoveri programmati | |
| % ricoveri urgenti | |
| Numero dimissioni protette | |

Gli indicatori di attività riguardano quantitativamente l'attività svolta, in termini di ricoveri ordinari e diurni. Nell'area di intervento indicatori di attività ricoveri ordinari vengono riportati il numero di ricoveri ordinari, con relativo dettaglio dei ricoveri provenienti da pronto soccorso. Inoltre viene riportato il

peso medio, la degenza media, i DRG ad alto rischio di inappropriately, sia il numero di casi che la percentuale, la percentuale di ricoveri urgenti e programmati e il numero di dimissioni protette.



38



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Per tutti i livelli organizzativi (UUOO, Dipartimenti e Azienda) gli stessi dati sono integrati dalle risultanze del file ministeriale EMUR, come ad esempio la percentuale DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza da Pronto Soccorso, ecc.

| INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI DIURNI |
|---|
| Numero dimissioni ricoveri diurni |
| Peso medio ricoveri diurni |
| Accessi medi ricoveri diurni |
| % Day Surgery |

Nell'area di intervento indicatori di attività ricoveri diurni vengono riportati il numero di ricoveri diurni con il relativo peso medio e la percentuale di ricoveri in day surgery.

Dal lato dell'attrattività aziendale viene riportata l'area chiave di intervento provenienza dei pazienti ricoverati e mobilità al fine di monitorare il livello di attrattività. In particolare gli indicatori (KPI) sono: i ricoveri erogati a residenti della ASL, i ricoveri erogati in mobilità attiva infra ed extra regionale e i ricoveri totali erogati, sia in termini di numero che di percentuale.

| PROVENIENZA DEI PAZIENTI RICOVERATI E MOBILITA' |
|--|
| Numero ricoveri erogati a residenti della ASL |
| % ricoveri erogati a residenti ASL |
| Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva |
| % di ricoveri erogati in mobilità attiva infra regionale |
| Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva extra |
| % ricoveri erogati in mobilità attiva extra regionale |
| NUMERO DI RICOVERI EROGATI TOTALI |
| % DI RICOVERI EROGATI TOTALI |

| PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE |
|--|
| numero di prestazioni specialistica ambulatoriale |
| valore economico prestazioni di specialistica |

Nell'area prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale vengono riportati sia il numero della specialistica ambulatoriale che il valore economico delle prestazioni.

Nell'area di intervento prestazione intermedie erogate e fruite vengono riportati i valori sia delle prestazioni intermedie fruite che erogate.

| PRESTAZIONI INTERMEDIE EROGATE E FRUITE |
|--|
| valore prestazioni intermedie fruite |
| valore prestazioni intermedie erogate |

| INDICATORI RELATIVI L'UTILIZZO E L'ASSORBIMENTO DELLE RISORSE |
|--|
| costo prodotti farmaceutici per punto DRG |
| Costo dispositivi per punto DRG |
| punti DRG per unità di personale medico |
| punti DRG per unità di personale |

Nell'area di intervento indicatori relativi l'utilizzo e l'assorbimento delle risorse vengono riportati i costi dei prodotti farmaceutici, dei dispositivi e delle unità di personale (personale medico e comparto) per punto DRG.



5.6 Il processo seguito per la stesura del Piano delle Performance

La redazione del Piano delle Performance si inserisce, pertanto, in un ampio processo di cambiamento strategico. Il teorema di base è che il cambiamento organizzativo è funzione guida dei comportamenti, stimolando quelli ritenuti virtuosi che orientano i comportamenti verso il raggiungimento degli obiettivi e delle finalità strategiche.

L'insieme coordinato degli strumenti di Governo Clinico, con quelli di Governo economico, consentono all'Azienda di esercitare la Governance.

Questo implica un ulteriore e progressivo affinamento dei sistemi di Audit aziendale al fine di garantire l'unitarietà degli intenti e dei metodi nonché una visione d'insieme delle esigenze di miglioramento dei processi rispetto alle diverse prospettive di analisi e valutazione (strategica, economico-gestionale, clinico-assistenziale, tecnico-amministrativa e contabile).

Il ruolo che le Unità Operative aziendali sono chiamate a svolgere è di entrare in una logica propositiva di Sviluppo, mediante l'uso appropriato di tutti gli strumenti di governance, implementati o introdotti dall'Azienda, affinché le priorità strategiche aziendali convergano con le proposte dei professionisti delle singole realtà ospedaliere e territoriali, senza le quali non si può assicurare una crescita della capacità di governo aziendale.

Si comprende come sia strategico per la pianificazione futura delle attività aziendali valorizzare le professionalità in una logica di project management per indirizzare la struttura organizzativa dell'azienda in una *prospettiva di governo integrato dei processi*.

Per rendere credibile e tempestiva l'azione di guida e di adattamento delle organizzazioni in relazione agli stimoli del contesto in cui concretamente operano, più di altro occorre che la Direzione Generale crei le condizioni organizzative e soprattutto diffonda strumenti in grado di rafforzare le capacità progettuali e propositive della Line produttiva e tecnicoamministrativa. Ad evidenza, le spinte all'innovazione e al miglioramento continuo generate dalla *line* dovranno essere prima orientate e poi coordinate e integrate, attraverso meccanismi operativi di *programmazione, sviluppo e controllo strategico opportunamente congegnati e presidiati*.

Il presente Piano delle Performance, prende spunto per la redazione dello stesso dal progetto di sviluppo strategico aziendale ed innovazione utile a coinvolgere e stimolare l'azione propositiva delle unità organizzative e a garantire un'impostazione metodologicamente omogenea, orientata al



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

continuo miglioramento della performance aziendale. Il presente Piano, pertanto, rilegge la strategia aziendale in termini di *sviluppo, miglioramento continuo, prevenzione del rischio e audit clinico*.

5.7 Collegamento con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'art. 5, c. 1 e dall'art. 10, c. 1, lett. a) del D. Lgs. 150/09, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della *performance* deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata:

- un parallelo percorso annuale di programmazione e di pianificazione;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici alle varie strutture aziendali.

Fermo restando il principio della contestualità dei due processi (pianificazione della performance e programmazione), per il primo anno di attuazione 2015, l'Azienda Sanitaria di Lanciano, Vasto, Chieti ha completato il processo di programmazione e di bilancio anticipatamente rispetto alla predisposizione del Piano delle performance, mediante l'adozione con atto deliberativo 30/11/2015 751 del 30.11.2015 degli strumenti di programmazione 2016-2018: Piano Strategico, Bilancio Pluriennale 2016-2018 e Piano Programmatico di esercizio 2016.

Nel corso dell'anno 2016 verranno perfezionati tutti i passaggi che la normativa richiede affinché il documento possa essere perfezionato dal recepimento delle indicazioni relative alle aspettative e alle attese di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni).

L'Azienda, negli anni 2016-2018, pertanto gestirà l'attività perseguendo l'obiettivo principale di integrare costantemente le attività del Governo Economico e le attività del Governo Clinico-Organizzativo.

Le azioni di miglioramento/adeguamento riportate nel piano sono volte a garantire "l'appropriatezza" da un lato oltre che la sostenibilità economica dall'altro, e rappresentano il fondamento delle seguenti previsioni/manovre di seguito riportate in ottemperanza del DCA 104 del 19/11/2015.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

| Voci Ce POA | | Triennio 2016-2018 | | | | |
|-------------|-------------------------------------|--------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| | | Tendenziale 16 | Manovra 16 | Programmatico 16 | Programmatico 17 | Programmatico 18 |
| B1 | Personale | 241.120 | - 1.445 | 239.675 | 238.292 | 238.362 |
| B2 | Prodotti Farmaceutici e emoderivati | 64.433 | - 249 | 64.184 | 66.704 | 69.042 |
| B3 | altri beni e servizi | 133.415 | - 1.770 | 131.645 | 131.645 | 131.645 |
| B3a | Dispositivi medici | 54.032 | - 3.062 | 52.314 | 52.314 | 52.314 |
| B3b | Lavanderia | | - 300 | | | |
| B3c | Pulizia | | 330 | | | |
| B3d | Mensa | | - 100 | | | |
| B3e | Riscaldamento | | 350 | | | |
| B3f | Servizi di assistenza informatica | | 90 | | | |
| B3g | Smaltimento rifiuti | | - | | | |
| B3h | Utenze | | 200 | | | |
| B3i | Assicurazione | | 200 | | | |
| B3l | Formazione | | | | | |
| B3m | Manutenzioni | | 1.080 | | | |
| B3n | Noleggi e fitti | | - | | | |
| B3m | altri | | - 610 | | | |
| B4 | Ammortamenti e costi capitalizzati | 1.906 | | 1.906 | 1.906 | 1.906 |
| B5 | Accantonamenti | 11.479 | | 11.479 | 11.479 | 11.479 |
| B6 | Variazione rimanenze | 1.318 | | 1.318 | 1.318 | 1.318 |
| B | totale costi interni | 453.671 | - 3.464 | 450.207 | 451.344 | 453.752 |
| C1 | Medicina di base | 45.521 | - 1.600 | 45.521 | 45.521 | 45.521 |
| C2 | Farmaceutica Convenzionata | 70.877 | - 2.466 | 70.877 | 70.907 | 70.937 |
| C3 | Prestazioni da privato | 115.452 | | 115.452 | 117.812 | 120.607 |
| C | Totale Costi esterni | 231.850 | - 4.066 | 231.850 | 234.240 | 237.065 |




6 Il processo seguito per la costruzione dell' Albero delle *Performance*

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

L'albero delle *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). Dimostra come gli obiettivi si accordano 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'amministrazione.

Il processo attraverso il quale è stato realizzato l'albero delle *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;
 - analisi dei dati relativi agli eventi avversi;
 - analisi dei dati relativi ai reclami;
 - flussi SDO
 - dati AGENAS

- b. individuazione degli obiettivi prioritari di intervento, identificati attraverso il confronto con alcuni professionisti delle seguenti discipline
 - Ortopedia;
 - Pneumologia;
 - Nefrologia;
 - Chirurgia;
 - Oncologia;
 - Odontoiatria;
 - Cardiologia;
 - Rianimazione;
 - Prevenzione;



43

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

- Medicina;
- Ginecologia;
- Neonatologia;
- Psichiatria;
- Radiologia;
- Terapia del Dolore;
- Pronto Soccorso

che ci ha consentito di approfondire le problematiche presenti e di individuare gli obiettivi di *performance* sanitaria da raggiungere nel triennio;

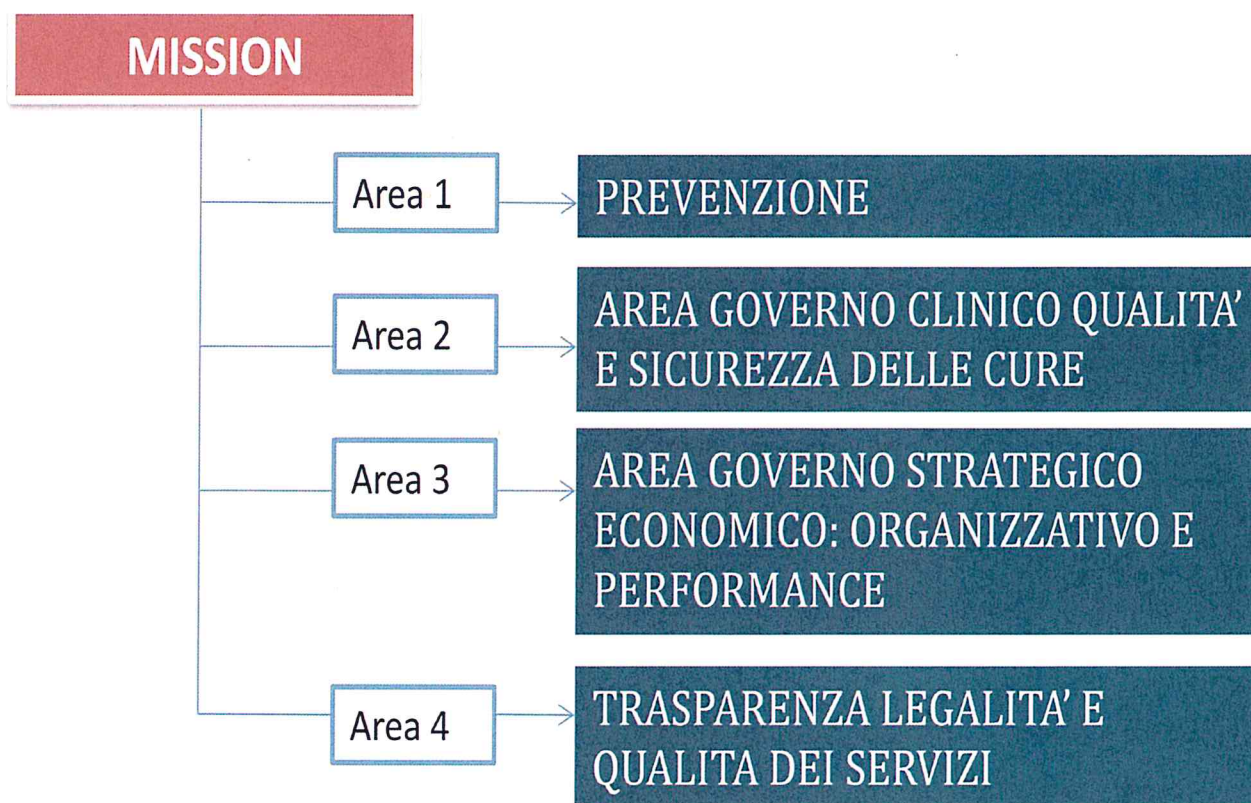
- c. individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e assegnazione degli stessi a tutte le Unità Operative coinvolte.

Le dimensioni presidiate sono le seguenti:

- appropriatezza clinica
- appropriatezza organizzativa
- efficienza dei processi



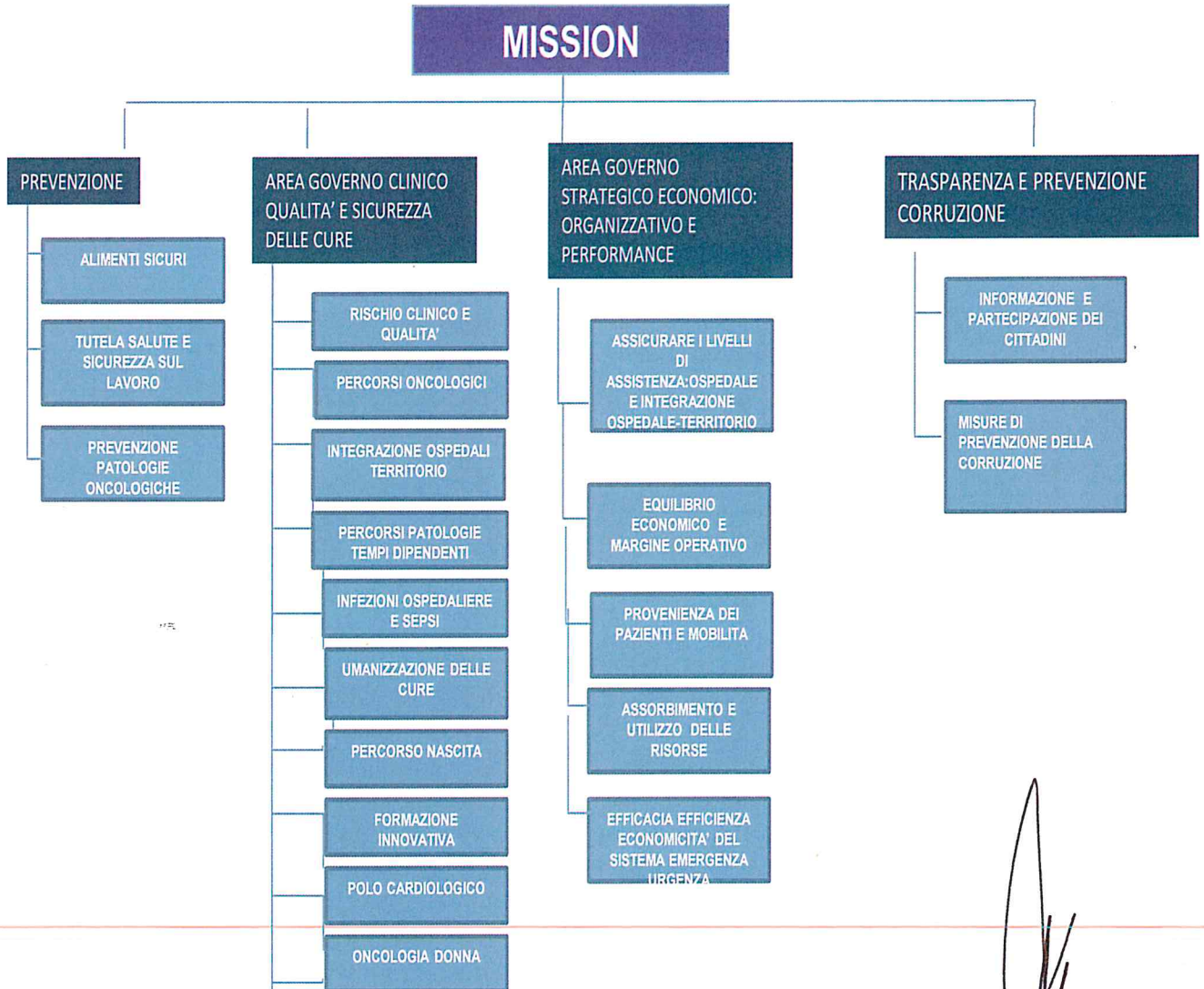


Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali *driver* principali di cambiamento:

- ❖ interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;
- ❖ interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- ❖ interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- ❖ interventi di integrazione sociosanitaria.

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 ed articolate secondo il criterio dell'*outcome* attesi, al fine di rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni e aspettative.

Albero della Performance



In allegato le schede tecniche relative alle singole aree

7 Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle *Performance*

Il Piano della *Performance* nella sua prima stesura, verrà sistematicamente aggiornato e verranno individuati, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, i necessari correttivi.

Il Piano verrà comunque ed eventualmente revisionato nel corso dell'anno 2016 in funzione dell'assegnazione di ulteriori obiettivi regionali derivanti dalla approvazione del Programma operativo regionale 2016-2018, nonché del confronto con tutti i portatori di interessi e nel caso in cui dovessero intervenire situazioni straordinarie.

Corre l'obbligo sottolineare che rispetto agli altri anni però il contesto regionale di riferimento è al momento incerto; il "Programma Operativo 2013-2015" della Regione Abruzzo ha ormai esaurito la sua efficacia e non è stato ancora elaborato il successivo programma regionale, inoltre il DM 70 del 2015 impone la riorganizzazione dei servizi ospedalieri legando il numero e la tipologia dei servizi sanitari alla popolazione da servire.

Questo rende necessaria una profonda riorganizzazione regionale che ancora nessuno ha ancora esplicitamente e formalmente esplicitato e sul quale si sta procedendo ancora ad un ampio confronto. Ulteriore elemento di complessità che si riflette sulla programmazione strategica aziendale è dato dal fatto che a livello regionale si discute in modo insistente del progetto di realizzazione di un'azienda sanitaria unica, tuttavia anche sua tale tematica, non sono state fornite indicazioni formali e definitive.

Unico punto fermo è rappresentato dalle linee guida regionali alla redazione degli strumenti di programmazione per il triennio 2016-2018 DCA104 che ad un'attenta lettura evidenziano provvedimenti volti al contenimento dei costi senza dare indicazioni puntuali sulla misure di riorganizzazione.

Tale Piano verrà inoltre integrato con il Piano della Trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornire trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari *stakeholder*.

Inoltre, affinché la procedura del ciclo della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, trasparenza e responsabilizzazione, si individua la necessità di porre in atto azioni di verifica della performance aziendale e individuale.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Quest'ultima prevede un disegno di attuazione particolarmente complesso che coinvolgerà tutti gli attori aziendali nell'ottica di raggiungere un programma di valutazione fortemente condiviso e mirato alla crescita individuale e alla valorizzazione delle risorse umane, patrimonio aziendale.



48

8 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'Amministrazione non potrà non essere correlata ai risultati ottenuti dall'organizzazione nel suo complesso.

La valutazione delle *performance* individuali, pertanto, implica la definizione di un ciclo della *performance* che si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi;
- collegamento tra gli obiettivi e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso;
- misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale;
- premialità del merito;
- rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

L'art.9 del Dlgs. 150/09 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.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

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 Dlgs. 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.

8.1 Il sistema di valutazione del personale

L'ultimo tassello di questo processo di cambiamento, ovviamente è legato al Sistema di Valutazione del personale, che pertanto, rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.

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, infatti, deve poggiare su informazioni quanto più possibile oggettive e messe a disposizione dagli staff aziendali a ciò deputati allo scopo di:

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



50

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

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

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal Decreto Lgs. N.150/2009.

Inoltre, per il 2016-2018 in linea con gli incarichi professionali contrattualmente già assegnati alle singole unità di personale delle singole UUOO, l'Azienda sta perfezionando meccanismi di valutazione della Performance basati su indicatori specifici relativi: alle quantità di prestazioni erogate, oltre che agli esiti delle cure, e al livello di soddisfazione dei pazienti attraverso apposite indagini di customer realizzate ed inserite quali obiettivi strategici del processo di Budget.

Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda infatti intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento e che siano coerenti con il profilo atteso definito nel disegno organizzativo di singola UOC.

L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però, in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

Il Sistema di Valutazione del personale, pertanto, rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona, in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.



8.2 La performance dei Dirigenti

Per l'anno 2016 i comportamenti organizzativi valutati saranno in relazione all'osservazione delle:

- Competenze manageriali

- Gestione riunioni e realizzazione convegni
- Programmazione e controllo
- Supervisione e valutazione dei collaboratori
- Sviluppo dei collaboratori

- Competenze realizzative

- Orientamento al cliente
- Orientamento al risultato
- Problem solving

- Competenze trasversali

- Allineamento con l'organizzazione
- Attenzione alle relazioni
- Collaborazione
- Negoziazione e persuasione
- Orientamento al miglioramento e all'innovazione

8.3 La valutazione del restante personale

Il comma 2 dell'art.9 del Dlgs n.150/2009 stabilisce che la valutazione del personale non dirigente e non responsabile di unità organizzativa avvenga in relazione ai seguenti elementi:

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

A regime, pertanto, anche la valutazione del restante personale tecnico amministrativo risentirà del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura organizzativa di appartenenza. I risultati di tale valutazione verranno utilizzati per graduare l'importo dell'indennità fissa mensile spettante a ciascun dipendente e costituiranno uno dei parametri del modello per attribuire le Progressioni Economiche Orizzontali secondo le modalità previste dalla Contrattazione Decentrata in corso di definizione.



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

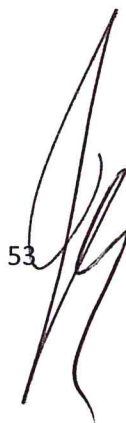
In particolare la *performance individuale* mira ad esplorare principalmente due dimensioni:

- l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati collettivi, ricondotti alla performance organizzativa,
- la rispondenza del proprio comportamento lavorativo al profilo di competenza richiesto sia dai contratti collettivi (in relazione al proprio inquadramento giuridico), sia dal contratto individuale (in relazione in particolare all'incarico attribuito: dirigenziale, di posizione organizzativa, di coordinamento), sia dall'impegno promesso nell'ambito del sistema premiante.

La valutazione annuale si articola:

- nella valutazione effettuata dal NAV in merito al raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa),
- nella valutazione individuale,effettuata dal Responsabile della U.O. di appartenenza del dipendente, sulla rispondenza tra le prestazioni rese rispetto al profilo professionale posseduto e l'impegno promesso dal dipendente.

Entrambe concorrono alla determinazione della performance individuale annuale provvedendo, implicitamente, a graduare la corresponsione della retribuzione premiante.



53

9. Collegamento con trasparenza e integrità

L'art.10 comma 3 del D.Lgs. 33/2013 "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" prevede che gli obiettivi indicati nel programma triennale siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita in via generale nel Piano della Performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni Amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali.

Il sistema di valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto mira a migliorare la produttività e la qualità dei servizi offerti dall'Azienda, attraverso l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, l'applicazione di metodi tesi a valorizzare i risultati della performance organizzativa ed individuale, l'erogazione di sistemi premiali basati sul merito e sul miglioramento della performance.

Il "Ciclo di gestione della performance" parte da una programmazione strategica, che definisce gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi, i conseguenti indicatori e i valori attesi di risultato sui quali è stata definita la misurazione e la valutazione della performance.

Il "Ciclo di gestione della performance" prevede poi l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi da perseguire, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, il monitoraggio nel corso dello svolgimento del programma con il ricorso ad eventuali interventi correttivi, la misurazione e la valutazione della performance, l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

A conclusione del ciclo, è prevista la rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica.

La valutazione della performance è svolta attraverso l'applicazione della metodologia del sistema premiante, definita per il personale dirigente e per il personale del comparto nei contratti integrativi Aziendali. La metodologia prevede la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati per ciascuna unità operativa effettuata sulla scheda di valutazione annuale di budget.

Al risultato della performance è destinata una quota della retribuzione di risultato/produttività collettiva.

L'elaborazione del Piano della Performance - effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con le delibere n. 112/2010 e n. 6/2013



54 

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

- dà avvio al ciclo di gestione della performance, garantendo l'integrazione con gli strumenti aziendali di Pianificazione, Programmazione e Valutazione della Performance, con il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, con il Bilancio aziendale e con il Sistema di Gestione della Qualità. L'insieme dei contenuti è strettamente correlato con la programmazione regionale, con particolare riferimento al Programma Operativo Regionale 2013-2015 per la riduzione del disavanzo economico e finanziario, approvato con decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, è stato integrato e modificato con decreto commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013.

Attraverso il Piano della performance è possibile definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder. Dall'adozione dello stesso ci si attende, inoltre, una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e la loro proiezione verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del D.Lgs. n. 150/2009, all'interno del Piano sono riportati e messi in relazione missione e mandato istituzionale, aree strategiche, obiettivi strategici, e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento.

I principi di riferimento, oltre alla centralità della persona e all'allineamento delle strategie aziendali alla domanda di salute dei cittadini, si rifanno alla trasparenza, all'immediata intelligibilità, alla verificabilità, alla partecipazione, alla coerenza interna ed esterna, alla pluriennalità.

Il Piano delle *Performance* 2016-2018 è orientato nel triennio ad:

- implementare 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;
- rafforzare il processo di aziendalizzazione;
- mirare alla riconversione e alla riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- realizzare politiche del personale basate sulla responsabilizzazione dei differenti livelli dirigenziali e dei quadri del comparto, tramite l'utilizzo di sistemi premianti i quali,



PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

attraverso forme di gratificazione non solo economica, possono incentivare il raggiungimento degli obiettivi da parte delle strutture organizzative, di gruppi multidisciplinari e di ciascun operatore;

- realizzare una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi prioritariamente dal territorio della provincia di Chieti e, più in generale, dalla regione Abruzzo e dal resto del Paese;
- erogare nuovi modelli dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale ed organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro dell'attenzione;
- promuovere lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione tra ospedale e territorio.

Le aree strategiche (aree di bisogno di salute) sono individuate sulla base dell'analisi delle criticità presenti in Azienda e rappresenteranno le aree di intervento ove saranno definiti i modelli di risposta al bisogno, ossia azioni/meccanismi di sviluppo della qualità e dell'integrazione all'interno dell'Azienda finalizzate ad implementare alcune dimensioni di valore percepibili dagli stakeholder.

Tali aree sono rappresentate secondo il criterio dell'outcome atteso, specificatamente rivolto a rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni e aspettative.

Dall'analisi delle principali cause di morte, dei dati di mobilità passiva e da quelli di attività interna sono individuati i bisogni assistenziali della popolazione.

Per il bisogno assistenziale sono prese in considerazione non solo le criticità negative, ma anche le risultanze di buona qualità di performance, al fine di mantenerne alta l'attenzione.

Dal confronto con benchmark nazionale/regionale è definito il posizionamento delle attività aziendali in rapporto ad indicatori omogenei e quindi individuati gli obiettivi di performance a loro volta declinati in azioni.

Le dimensioni presidiate sono l'appropriatezza clinica, l'appropriatezza organizzativa, l'efficienza dei processi.



56

PIANO DELLE PERFORMANCE 2016-2018

Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali driver principali di cambiamento:

- interventi sulla struttura organizzativa e sull'assetto funzionale dei servizi, a loro volta declinati in progetti specifici;
- interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- interventi di integrazione sociosanitaria.

Il Piano, di vigenza triennale, prevede una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi fissati da effettuarsi mediante l'elaborazione della "Relazione sulla Performance", coerentemente con quanto esposto nella Delibera CIVIT n. 5/2012 "Linee guida, ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto".

L'assegnazione degli obiettivi aziendali è avvenuta nell'ambito di una scheda di budget -per ciascuna U.O. Complesse e Semplici Dipartimentali-, formalmente predisposta e sottoscritta dalla Funzione di Staff Sviluppo Strategico.

La formalizzazione dell'assegnazione degli obiettivi è avvenuta con la sottoscrizione formale delle schede di budget da parte del Direttore Generale e dal Direttore/Responsabile dell'U.O.

Il Nucleo di Valutazione certifica che le risorse destinate all'incentivazione del personale sono erogate esclusivamente previa valutazione a consuntivo degli obiettivi, in relazione al raggiungimento dei risultati.



10. Tabelle Piano delle Performance

Il presente documento è stato redatto dallo Sviluppo Strategico Organizzativo. Lo sviluppo è avvenuto tenendo conto delle normative e linee guida vigenti in materia, in particolare delle linee guida regionali alla redazione degli strumenti di programmazione 2016/2018. Tra le fonti interne sono stati considerati gli Strumenti di Programmazione 2016-2018, il piano triennale per la trasparenza e l'integrità, il piano triennale di prevenzione della corruzione.

Gli strumenti di programmazione redatti per il triennio 2016-2018 sono strutturati e integrati in tutte le loro parti e condivisi con la Direzione Strategica

Il processo di confronto con gli stakeholder esterni prenderà avvio non appena approvato il presente documento, che diventerà la base di discussione per impostare il prossimo aggiornamento.

Si rinvia *all'allegato 1* per il dettaglio delle tabelle delle Performance.

