



# PIANO DELLE PERFORMANCE 2020-2022

A cura della

U.O.C. Servizio Programmazione e Controllo di Gestione

## Indice

<b>1. Executive Summary</b>	2
<b>2. Premessa</b>	3
<b>3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni</b>	6
3.1 Chi siamo	6
3.2 Cosa facciamo	6
3.3 Come Operiamo	7
<b>4. Identità dell’Azienda</b>	9
4.1 L’Azienda in “cifre”	9
<b>5. Il sistema degli obiettivi</b>	14
5.1 Gli obiettivi strategici	14
5.2 Gli obiettivi di programmazione regionale	16
5.3 Gli obiettivi di performance organizzativa	16
<b>6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance</b>	20
6.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	20
6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	20
6.3 L’albero della performance	21
6.4 Coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla trasparenza, all’integrità e all’anticorruzione	23
6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance	24
<b>7. Misurazione e valutazione della Performance</b>	25
7.1 L’impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti	25
7.2 Il sistema di valutazione del personale	26
7.3 Il processo di valutazione	28
7.4 Il processo di misurazione	29
7.5 Gli strumenti di misurazione	30
<b>8. Indicatori di esito</b>	31

## 1. Executive Summary

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Premessa

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

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

Il Piano delle *Performance* evidenzia la programmazione a medio periodo (triennio) e in particolare contestualizza ed esplicita gli obiettivi strategici e gli obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento per l'anno 2020.

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

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

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

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

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

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

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

- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 (“Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo”) e DGR n. 728 del 25 novembre 2019 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali 2020-2022);
- Piano Strategico aziendale (delibera n. 264 del 29/11/2019);
- Bilancio economico preventivo pluriennale e annuale;
- Processo di Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2020 e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle UU.OO.;
- Sistema di Reporting - Cruscotto di Performance e QlikView - per la Direzione Strategica e per le UU.OO., alimentato attraverso il sistema informativo.

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

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

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

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

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

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

#### 3.1 Chi siamo

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

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

La sede legale è a Chieti in via dei Vestini, snc.

Il sito internet istituzionale è il seguente: [www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:



#### 3.2 Cosa facciamo

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

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

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

Tale azione si concretizza attraverso:

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

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

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

### **3.3 Come operiamo**

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

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

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

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

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

#### 4. Identità dell’Azienda

##### 4.1 L’Azienda in “cifre”

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km<sup>2</sup> e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 385.588 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2019), per una densità abitativa media di 149 ab./km<sup>2</sup>.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti è organizzata in Dipartimenti, Unità operative complesse, semplici, semplici dipartimentali e in Distretti come previsto nel modello organizzativo definito nell’atto aziendale adottato con deliberazione n. 322 del 14/3/2018, con la quale sono state recepite le indicazioni di cui alla DGR Abruzzo n. 51 del 02 febbraio 2018, avente ad oggetto la presa d’atto del parere di conformità della deliberazione n. 1200 del 03/11/2017 ai sensi della DGR Abruzzo n. 402 del 21 luglio 2017 di modifica ed integrazione alla DGR Abruzzo n. 78 del 28 febbraio 2017.

#### **Popolazione residente nella ASL 2 per Aree Distrettuali e genere (Istat al 1° gennaio 2019)**

<b>Aree Distrettuali</b>	<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Totale complessivo</b>
Area distrettuale 1	89.391	84.044	173.435
Area distrettuale 2	56.653	54.115	110.768
Area distrettuale 3	51.669	49.716	101.385
<b>Totale Asl 02</b>	<b>197.713</b>	<b>187.875</b>	<b>385.588</b>

Collocazione punti di erogazione



**Presidi Ospedalieri**

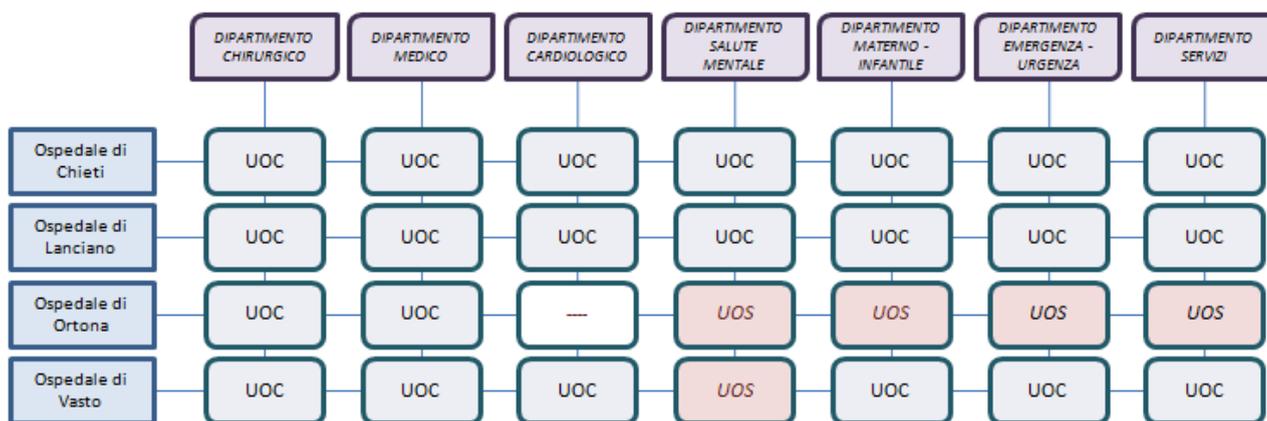
I presidi ospedalieri sono i seguenti: P.O. clinicizzato “SS. Annunziata” di Chieti, a cui afferisce lo Stabilimento Ospedaliero “Bernabeo” di Ortona, P.O. “F. Renzetti” di Lanciano, P.O. “San Pio” di Vasto, P.O. “San Camillo” di Atesa classificato quale Presidio Ospedaliero in zona particolarmente disagiata (DGR n. 824 del 25/10/2018).

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

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

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

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



**Attività Distrettuali**

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

**1. Area distrettuale 1:**

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

- distretto di Francavilla al Mare (comprendente la sede erogativa di Miglianico e San Giovanni Teatino);
- distretto di Ortona (comprendente le sedi erogative di Orsogna e di Tollo).

## **2. Area distrettuale 2:**

- distretto di Lanciano (comprendente la sede erogativa di Fossacesia);
- distretto di Villa Santa Maria (comprendente le sedi erogative di Lama dei Peligni e di Torricella Peligna).

## **3. Area distrettuale 3:**

- distretto di Vasto (comprendente la sede erogativa di Casalbordino);
- distretto di San Salvo (comprendente la sede erogativa di Castiglione Messer Marino).

### **Continuità Ospedale-Territorio**

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

### **Presidi Territoriali di Assistenza**

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

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

- Casoli;
- Gissi;
- Guardiagrele.

### **Ospedale di Comunità**

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

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

### **Ambito di Coordinamento**

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

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

### **I Dipartimenti dell'area tecnico-amministrativa**

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

1. Dipartimento Tecnico;
2. Dipartimento Amministrativo.

## 5. Il sistema degli obiettivi

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

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

Gli obiettivi possono essere distinti in:

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

### 5.1 Gli obiettivi strategici

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

- Obiettivi del Direttore Generale (obiettivi prioritari di funzionamento dei servizi, di salute e di trasparenza per l'anno 2020 assegnati con delibera di Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 dell'11/09/2019);
- Programmazione Nazionale (DM 70/2015);
- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto della Salute, DCA n. 55/2016 del 10 giugno 2016 ("Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA n. 79/2016 del 21 luglio 2016 (documento tecnico di "Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo") e DGR n. 728 del 25 novembre 2019 (indirizzi per

la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali 2020-2022);

- Piano Strategico aziendale (delibera n. 264 del 29/11/2019);
- Piano Nazionale Esiti (PNE);
- Provvedimenti di programmazione regionale adottati nel periodo di durata contrattuale del Direttore generale, con carattere integrativo ed implementativo degli obiettivi assegnati.

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

Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, nel quadro della complessiva programmazione regionale sono stati individuati una serie di obiettivi prioritari, distinti in obiettivi di funzionamento dei servizi, di salute e di trasparenza.

Gli obiettivi di funzionamento dei servizi riguardano :

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

Gli obiettivi di salute concernono:

- a. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;
- b. la mobilità sanitaria;
- c. il contenimento delle liste di attesa;
- d. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- e. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;

- f. la sicurezza e rischio clinico;
- g. la rete delle cure palliative;
- h. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- i. il mantenimento dell'erogazione LEA.

Gli obiettivi di trasparenza attengono:

- a. alla pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio;
- b. pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale.

## **5.2 Gli obiettivi di programmazione regionale**

Gli obiettivi, declinati nella DGR n. 728/2019 “indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie regionali 2020-2022”, si riferiscono ai seguenti punti:

1. assistenza farmaceutica e trasfusionale – innovazione ed appropriatezza;
2. sistema organizzativo e risorse umane del SSR;
3. programmazione socio-sanitaria;
4. servizio della prevenzione e tutela sanitaria;
5. sanità veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti;
6. programmazione economico finanziaria e finanziamento SSR;
7. assistenza distrettuale territoriale - medicina convenzionata e penitenziaria – ufficio assistenza territoriale;
8. servizio governo dei dati, flussi informativi e mobilità sanitaria;
9. servizio emergenza sanitaria e sanità digitale ICT;
- 10.agenzia sanitaria regionale.

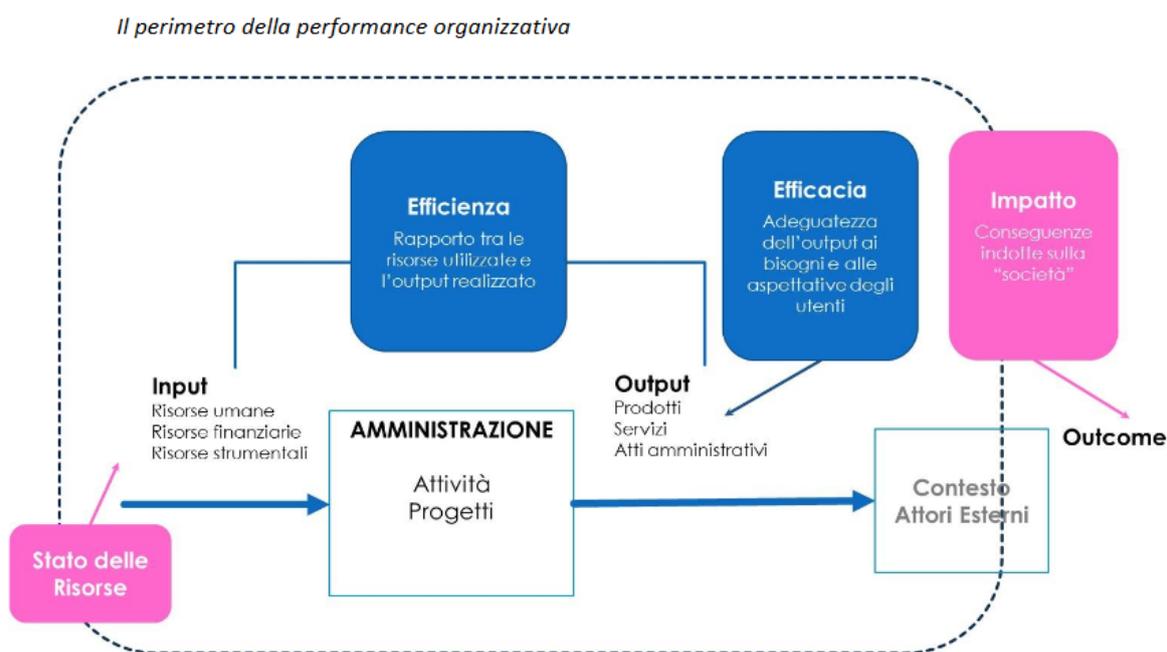
## **5.3 Gli obiettivi di performance organizzativa**

Gli obiettivi di performance organizzativa sono connessi alle linee strategiche declinate dalla tecno-struttura. Essi rappresentano una sintesi per il miglioramento dell'ordinaria attività e per il supporto alle azioni strategiche. Rappresentano, quindi, anche degli indicatori di posizionamento per verificare la sostenibilità delle politiche aziendali.

Si desumono in generale, da tutti gli atti di pianificazione che l'azienda redige, ossia:

- piano strategico;
- piano degli investimenti;
- piano di miglioramenti della qualità e valutazione interna;
- piano anticorruzione;
- piano di formazione;
- piano di comunicazione;
- piano delle dinamiche del personale.

Pertanto gli obiettivi organizzativi rappresentano il legame tra l'asse strategico del governo aziendale e l'asse operativo della tecnostruttura organizzativa, effettuando una sintesi tra pianificazione e programmazione e attività/azioni delle singole strutture, tramite la declinazione, a ciascuna delle UU.OO., di tutto il sistema degli obiettivi, mediante un processo che a cascata consente di condividere le responsabilità e i risultati.

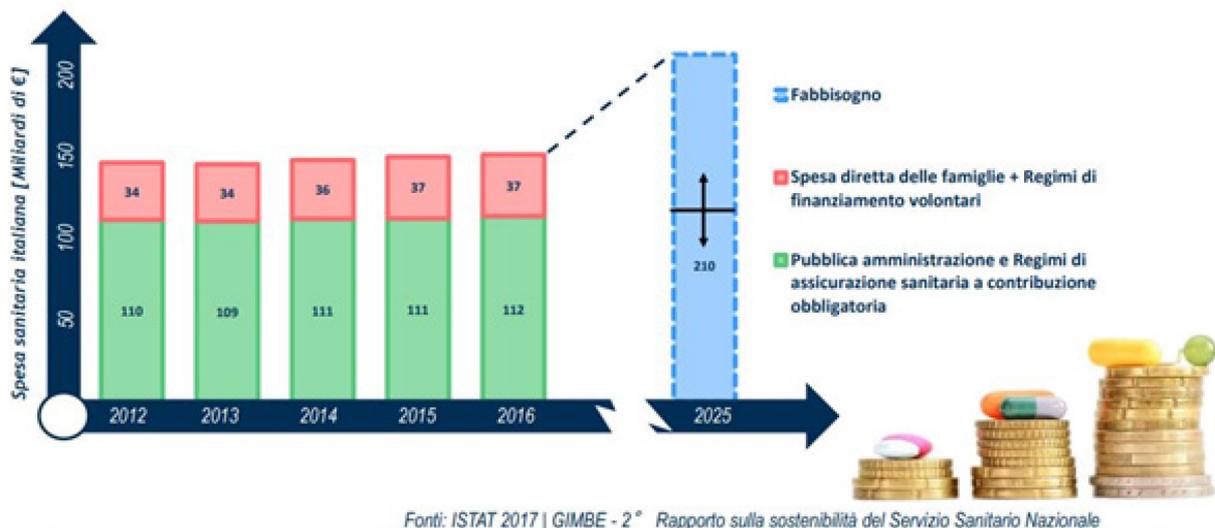


Da Linee guida per il Piano della performance – Ministeri (n. 1 giugno 2017)

La definizione di performance organizzativa è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti attengono all'attuazione di politiche e al conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni ed alle aspettative delle attività, alla rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente, alla modernizzazione e al miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali, in un contesto di efficacia, efficienze ed economicità dell'impiego delle risorse.

Infatti, il problema più rilevante in Sanità è la sostenibilità economica della spesa pubblica sottoposta a stringenti vincoli di riduzione con le dinamiche sempre più crescenti della spesa sanitaria, come si evidenzia nella figura che segue.

### Spesa sanitaria pubblica stabile, ma fabbisogno in aumento



Nonostante si siano messi in campo a livello nazionale sistemi di radicale cambiamento del quadro sociale e epidemiologico, quali:

- il piano nazionale della cronicità (PNC),
- i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA),
- il progetto regionale del fascicolo sanitario elettronico,
- il piano dei fabbisogni delle prestazioni per favorire l'accesso alle cure e la riduzione dei tempi di attesa,
- la telemedicina, per migliorare la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e della consulenza medica a distanza,
- le indicazioni regionali per la riduzione del rischio clinico secondo le raccomandazioni della legge Gelli-Bianco sulla responsabilità professionale (legge n. 24/2017),

restano sempre molto elevati i nuovi bisogni di salute dei cittadini rispetto alla sostenibilità del SSN.

L'Azienda sanitaria ben consapevole della problematica ha compreso che il rinnovamento organizzativo potrebbe rappresentare la risposta ideale alla problematica in oggetto.

Infatti, il rinnovamento organizzativo diviene un fattore abilitante e fondamentale per la risposta ai nuovi bisogni di salute dei cittadini e per la sostenibilità del SSN e, nel triennio sarà rivolto:

- **all'innovazione organizzativa delle strutture**, perché diventino asset strategici di sviluppo, anche economico;
- **all'innovazione delle competenze** (capacity building) manageriali e specifiche dei professionisti e degli operatori, in grado di garantire la governance del processo attraverso indicatori di performance e customer satisfaction;
- **all'innovazione tecnologica** con la condivisione reale e la gestione sicura dei dati e delle informazioni.

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

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

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

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

La stesura del piano si articola nelle seguenti fasi:

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

### 6.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

Quindi, tutti gli obiettivi indicati nel piano delle performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2020-2022 e sono addirittura coincidenti negli aspetti macro, con il documento di sintesi della Relazione del Direttore Generale, per la declinazione delle maggiori azioni da svolgere nell'ambito gestionale. Tale documento è stato redatto a seguito di puntuali incontri con i principali soggetti responsabili della programmazione delle attività e successivamente sintetizzati in documenti, piani e cronoprogrammi che hanno dato luogo alle diverse sezioni componenti il Piano Strategico 2020-2022, assicurando in tal modo la partecipazione del vertice strategico e della dirigenza apicale cui compete l'attuazione dei contenuti dello stesso.

### 6.3 L'albero della performance

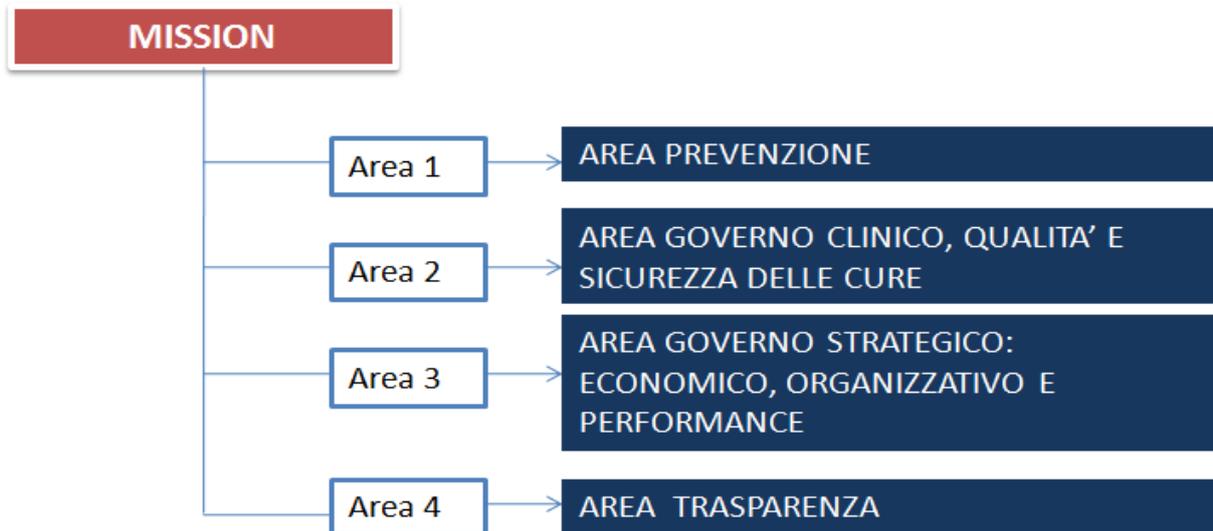
L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli,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

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

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

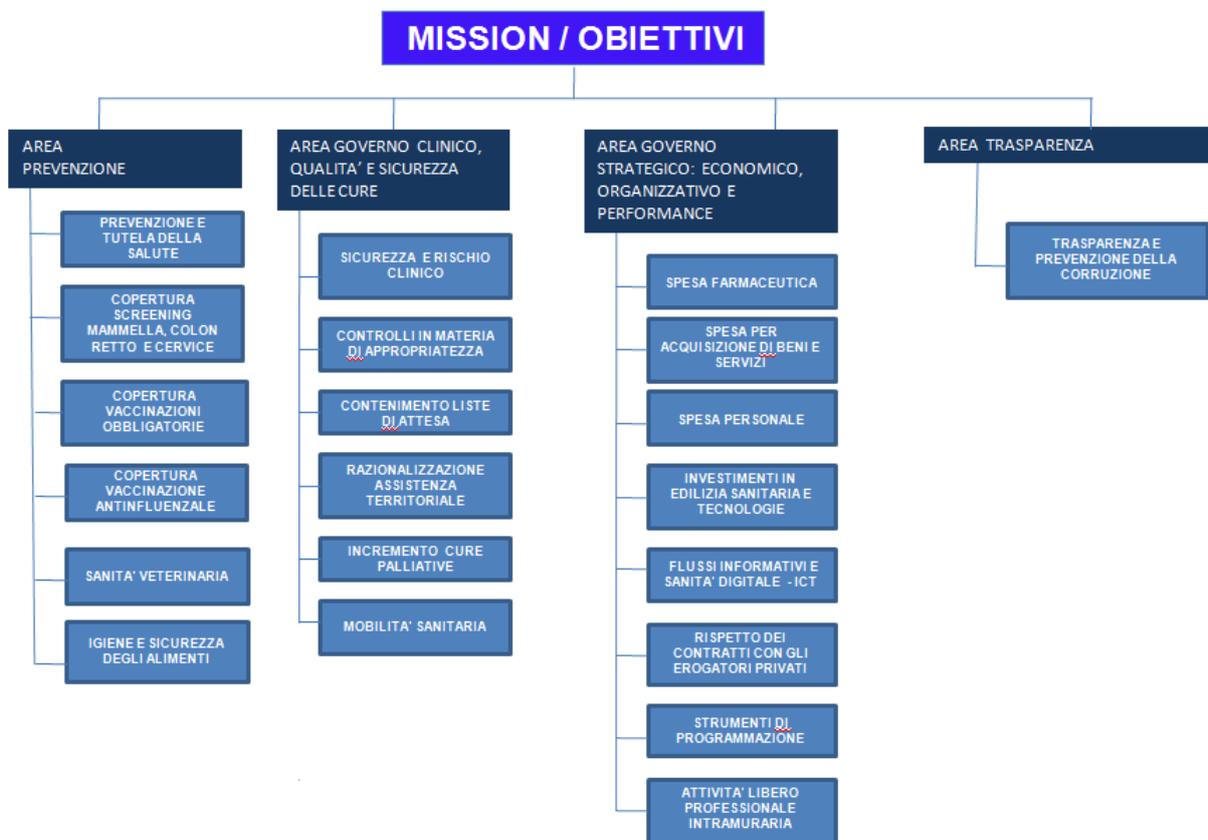
Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

Le dimensioni presidiate sono di seguito illustrate.



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

# Albero della Performance



Gli obiettivi relativi alle singole aree, con gli indicatori e gli standard attesi, sono in allegato al presente Piano e, saranno eventualmente aggiornati sulla base degli ulteriori obiettivi che la Regione potrà assegnare per l'anno 2020 con successiva delibera di Giunta.

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

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

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

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

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

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

## **6.5 Azioni per il miglioramento del Ciclo della Performance**

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

## 7. Misurazione e valutazione della Performance

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

- performance complessiva aziendale;
- performance organizzativa ed individuale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7.2 Il sistema di valutazione del personale**

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

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

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

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

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

Gli ambiti delle performance organizzative e individuali vengono considerati in una logica di livelli consequenziali, ossia la metodologia prevede che deve costituirsi un collegamento diretto per struttura con i parametri individuali, di cui al sistema di budget dell'anno 2020.

Tale scelta, si basa sulla naturale logica secondo cui le performance delle organizzazioni sono il risultato degli apporti individuali dei professionisti che nelle stesse operano.

Quindi, ai fini dei calcoli delle incentivazione, il primo passaggio prevede la verifica delle performance organizzative effettivamente conseguite da ciascun centro di responsabilità (CdR) e, successivamente vi è l'avvio delle fasi volte alle valutazioni individuali all'interno di ogni CdR, a cura del direttore/responsabile di U.O.C./U.O.S.D.

La valorizzazione di ciascun dipendente avverrà utilizzando un set di criteri individuati in forma oggettivabile in termini di quantità, qualità, organizzazione, processi/percorsi, standard, ecc, ed in modalità contestualizzata rispetto al contesto operativo ed alle professionalità di riferimento di ciascun CdR.

### 7.3 – Il processo di valutazione

Sul fronte procedurale, il percorso di valutazione è il seguente:

- assegnazione di obiettivi di equipe ai direttori/responsabili delle U.O.C./U.O.S.D. successivamente alla negoziazione annuale di budget e contestuale sottoscrizione delle relative schede;

- allo scopo di consentire la piena e consapevole partecipazione agli obiettivi assegnati il responsabile della struttura, non appena perfezionata la procedura di assegnazione degli obiettivi, porterà a conoscenza del personale dirigente e del comparto assegnato alla struttura, in apposita riunione da tenersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa documentazione, l'obiettivo da perseguire, illustrandone le caratteristiche e le modalità di attuazione;

- continuità del processo valutativo attraverso monitoraggi in corso d'anno degli obiettivi assegnati anche al fine di eventuali rimodulazioni degli stessi che si rendessero necessarie (report e comunicazioni);

- valutazione finale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati alle singole strutture e, con riferimento a ciascun dipendente, sugli item relativi all'area dei risultati ed all'area dei comportamenti organizzativi, diversificati a seconda dell'incarico dirigenziale conferito, per la dirigenza, e dell'attribuzione, o meno, di incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, per il comparto

- possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;

- previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

Le finalità del sistema di valutazione sono quelle di:

- ✓ collegare l'erogazione degli incentivi economici ai risultati ottenuti e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione aziendale;
- ✓ mettere in evidenza l'apporto individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi assegnati;
- ✓ promuovere l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, con la previsione di obiettivi trasversali.
- ✓ favorire la crescita professionale attraverso interventi formativi mirati e rivolti alle aree di maggior interesse.

Per garantire la massima trasparenza e, allo stesso tempo, favorire la responsabilizzazione degli operatori circa le attività da svolgere si intende valorizzare l'importanza dello strumento della conferenza di organizzazione quale momento di incontro e confronto tra valutatore e valutato. Per il

valutato si tratta di un'opportunità per discutere del proprio lavoro, della propria crescita professionale e di eventuali attività future. Per il valutatore, invece, tale confronto è utile soprattutto in ottica di futuri sviluppi organizzativi. Di tali incontri, dovranno essere redatti appositi sintetici verbali.

#### **7.4 - Il processo di misurazione**

Al termine del periodo di riferimento verranno valutati il raggiungimento degli obiettivi specifici di budget e i risultati complessivi per la performance individuale. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi sarà effettuata in prima istanza dal dirigente sovraordinato. La valutazione in via definitiva viene effettuata dal OIV.

Gli obiettivi sono definiti tenuto conto delle risorse di bilancio ed il loro raggiungimento è sempre collegato al vincolo dell'equilibrio economico ed al rispetto del budget assegnato alle strutture.

Il processo di misurazione in cui si articola il sistema della performance individuale si basa essenzialmente sulle seguenti aree:

*a. Area dei risultati*

*b. Area dei comportamenti organizzativi*

Le valutazioni inerenti il livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza ed i comportamenti organizzativi, concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente secondo criteri che variano in base ai ruoli ed alla responsabilità. Per tutti i dipendenti, comunque, le valutazioni dovranno essere ispirate ai principi di trasparenza (sia nei risultati che nei criteri), di chiarezza rispetto alle modalità di valutazione ed equità nelle valutazioni.

*Sub.a - Area dei risultati*

Per quanto riguarda l'area dei risultati, si specifica che la valutazione verte sulla partecipazione del dipendente alla realizzazione della programmazione delle attività della struttura organizzativa cui è assegnato in riferimento agli obiettivi di budget della struttura.

*Sub.b – Area dei comportamenti organizzativi*

Per quanto riguarda i comportamenti organizzativi, si specifica che la valutazione verte sui comportamenti individuali che devono risultare coerenti con gli obiettivi istituzionali e devono riferirsi al profilo professionale del dipendente.

I comportamenti del personale sono stati individuati all'interno di macroaree differenziate tra dirigenza e comparto ed al loro interno tra dirigenti con incarico gestionale e dirigenti professionali, relativamente alla dirigenza, e tra personale appartenente alle diverse categorie e

personale con incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, relativamente all'area del comparto.

## **7.5 - Gli strumenti di misurazione**

Lo strumento di misurazione della performance individuale è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza sia i comportamenti.

## 8. Indicatori di esito

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

Gli obiettivi principali del PNE sono:

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

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

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

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

I risultati del PNE sono organizzati in cinque sezioni:

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

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

Il PNE analizza 175 indicatori (70 di esito/processo, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione) suddivisi nelle seguenti aree:

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

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



**ALLEGATO:  
SCHEDE PIANO  
DELLE PERFORMANCE  
2020-2022**

A cura della

U.O.C. Servizio Programmazione e Controllo di Gestione



**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)**

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
Area Governo Strategico	Spesa farmaceutica	3.b Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti	3.b Rispetto del tetto di spesa = 5  Per ogni 10% di riduzione scostamento assoluto dal tetto = 0,5  Scostamento assoluto dal tetto ≥ 2019 = 0	-Riduzione attraverso: - - monitoraggio appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero (ottimizzazione della distribuzione diretta dei farmaci in dimissione); - monitoraggio attività prescrittiva farmaci “alto spendenti”; - incremento utilizzo farmaci biosimilari; - corretta gestione delle procedure previste nei registri di monitoraggio AIFA.	- Tetto nazionale 6,89% - Aziendale 2019 11,88% - Aziendale 2020 Riduzione
		3.c % di prescrizione farmaci equivalenti (dosi di farmaco equivalente/totale dosi farmaci erogati in convenzionata)	3.c Prescrizione ≥ 88% = 2,5  Prescrizione ≥ 86% = 1,25  Prescrizione ≤ 86% = 0	- Aumento	
		3.d Rispetto % di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo	Rispetto complessivo = 2,5	- Incremento impiego del farmaco biologico a brevetto scaduto	

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)**

<b>Aree strategiche</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici</b>	4.1 Contenimento dei costi per le voci “Prodotti farmaceutici ed emoderivati”, “Altri beni sanitari e non sanitari” e “Servizi”	4.1 Contenimento della spesa annuale di tutte e tre le voci entro i valori del programmatico 2020 = 10  Contenimento della spesa annuale di almeno due delle voci entro i valori del programmatico 2020 = 5 Restanti casi = 0	- Monitoraggio del tetto di spesa tramite: - analisi dei dati rilevati dal collegamento tra le fasi di acquisto – consumo – modalità di approvvigionamento; - razionalizzazione delle utenze di accesso al sistema gestionale; - avvio del processo di budget operativo sul sistema Areas; - adeguamento dei livelli minimi di scorta sul sistema gestionale.	- Rispetto tetto di spesa Strumenti di Programmazione 2020-2022
		4.2 Rispetto del tetto di spesa annuale per dispositivi medici	4.2 Contenimento della spesa annuale per dispositivi medici entro il tetto di spesa nazionale = 5  Spesa annuale per dispositivi medici superiore al tetto di spesa nazionale ma con una variazione, rispetto all'anno precedente, almeno pari a - 2% = 3 Restanti casi = 0	Riduzione attraverso: - gare regionali e aziendali; - razionalizzazione dell'uso dei dispositivi medici utilizzati dalle diabetologie.	- Tetto nazionale 4,4% - Aziendale 2019 7,8% - Aziendale 2020 Riduzione
<b>Area Governo</b>	<b>Tempi medi di</b>	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Indicatore pari o < a - 5 = 5		- Riduzione dell'indicatore anno 2019 pari a -2,25

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)**

<b>Aree strategiche</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Strategico</b>	<b>pagamento</b>		Indicatore > - 5 o pari a 0 = 3  Indicatore > 0 = 0		
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Flussi Informativi</b>	Rispetto dei seguenti aspetti: completezza nella rilevazione dei dati, qualità dei dati inviati, tempestività dell'invio dei dati relativi ai singoli flussi	Completo rispetto dei tre aspetti per tutti i flussi previsti = 15  Rispetto mancato o parziale dei tre aspetti per tutti i flussi previsti = 0 - 14	- Attuazione azioni di miglioramento relative ai tre aspetti (completezza, qualità, tempestività)	- Rispetto azioni di miglioramento previste nel Piano Strategico e Piano Assessment Sistemi Informativi
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Sanità digitale - ICT</b>	7.a Dematerializzazione ricetta medica cartacea	7.a se > 90% = 3  se > 70% = 2  se < 70% = 0	- Aumento della dematerializzazione della ricetta specialistica	- Incremento
		7.b Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	7.b se integrati i legacy di laboratorio analisi (LIS) = 1	Realizzazione/completamento infrastruttura tecnico-informativa	- Rispetto azione prevista nel Piano Strategico e Piano Assessment Sistemi Informativi
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Adozione degli strumenti di programmazione</b>	Adozione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti dalla Regione	Rispetto termini = 5  Mancato rispetto = 0	- Predisposizione nei termini previsti	- Adozione entro il 30/11/2020

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)**

<b>Aree strategiche</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi</b>	Verifica e controllo delle attività erogate dai privati accreditati, sia in termini di appropriatezza sanitaria sia in termini di rispetto dei tetti assegnati secondo gli accordi stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e smi	Rispetto completo = 8  Rispetto mancato o parziale = 0-7		- Rispetto adempimenti previsti
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie</b>	10.a Trasmissione degli atti di aggiudicazione dei lavori previsti nel Piano Aziendale  10.b Trasmissione del certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione e degli atti di collaudo o certificazione di regolare esecuzione + relazione acclarante rapporti economici Regione-ASL	Rispetto completo 10.a e 10.b = 5  Rispetto mancato o parziale = 0-4		- Rispetto adempimenti previsti dal Piano triennale delle opere pubbliche del n. 300 del 6/12/19  - Rispetto termini
<b>Area Governo Strategico</b>	<b>Attività libero professionale intramuraria</b>	11.a Assegnazione spazi	11.a Rispetto indicatore = 1  Mancato rispetto = 0		- Rispetto adempimenti previsti

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)**

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
		11.b Allineamento dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi quelle rese in regime di libera professione 11.c Corretta applicazione della trattenuta di cui al DL n. 158/2012 art. 2 c. 1 lett. d)	11.b Rispetto tempi o disallineamento dei tempi < 20% = 1  Mancato rispetto = 0  11.c Rispetto indicatore = 1  Mancato o parziale rispetto = 0		

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Governore Clinico, Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni</b>	1.a Controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ciascun erogatore pubblico e privato	Rispetto completo delle attività = 7	- Consolidamento delle azioni già poste in essere precedentemente	- Cartelle cliniche verificate ≥ 10%
		1.b Controllo dei DRG a rischio di inappropriatezza non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle cliniche	Mancato rispetto di una o più attività = 0		- Cartelle cliniche controllate ≥ 2,5%
		1.c Rendicontazione alla Regione delle attività di controllo			- Rispetto rendicontazione periodica
		1.d Rotazione delle unità ispettive NOC			- Rispetto adempimenti previsti
		1.e Monitoraggio dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza per U.O. dei PP.OO. pubblici			- Rispetto adempimenti previsti
		1.f Incremento dei controlli presso le strutture per l'assistenza a non autosufficienti e disabili			- Incremento controlli
<b>Area Governore Clinico,</b>	<b>Mobilità sanitaria</b>	2.a Aumento valore della produzione		- Aumento ricoveri residenti - Miglioramento codifica DRG (indicazione procedure primarie e	

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Qualità e Sicurezza delle cure</b>		2.a Correttezza dei dati anagrafici dei principali flussi informativi utilizzati per la mobilità sanitaria	2.a se % di errori rilevati nei dati anagrafici < 0,6% = 5 se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 0,6% e < 1% = 2 se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 1% e < 2% = 1 se % di errori rilevati nei dati anagrafici pari o > 2% = 0	secondarie) - Chiusura SDO entro i termini - Attuazione azioni miglioramento relative alla rilevazione dei flussi ASDO/SDO	- Rispetto azioni di miglioramento previste nel Piano Strategico
		2.b Riduzione ricoveri in mobilità passiva	2.b Riduzione pari o > al 5% = 3  Riduzione pari o > 2,5% e < 5% = 2  Riduzione < 2,5% = 0	- Analisi dati mobilità passiva per azioni di contrasto (riduzione tempi di attesa e aumento produzione)	- Rispetto azioni di contrasto
<b>Area Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Contenimento liste di attesa</b>	3.a Rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni sanitarie individuate dal vigente Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)	3.a Rispetto dei tempi = 18  - Rispetto dei tempi nel 90% delle prestazioni = 6  - Mancato rispetto = 0	- Realizzazione programma attuativo aziendale per il superamento delle liste d'attesa	- Rispetto programma attuativo aziendale per il superamento delle liste d'attesa (deliberazione n. 273 del 12/7/2019)

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
		3.b Attivazione entro i termini previsti dal vigente PRGLA delle agende dedicate (CUP II livello) alle prestazioni successive al primo accesso 3.c Predisposizione e realizzazione della completa prenotabilità dell'intera offerta sanitaria	3.b Rispetto indicatore = 5  - Ritardo < 90 giorni rispetto ai tempi previsti dal PRGLA = 2,5  - Ritardo > 90 giorni rispetto ai tempi previsti dal PRGLA = 0 3.c Rispetto completo = 5  Mancato o parziale rispetto = 0		
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione adempimenti	4. Realizzazione dell'80% degli obiettivi previsti nel Piano = 3  Mancato raggiungimento dell'80% = 0  Copertura screening per colon retto pari o > 50% = 1,2  Copertura screening per mammella pari o > 60% = 1,2  Copertura screening per cervice uterina pari o > 50% = 1,2  In caso di mancato raggiungimento delle percentuali ma incremento delle coperture rispetto		Rispetto azioni previste dal Piano Strategico 2020-22 e dal PRP, dal PRPV  - ≥ 50%  - ≥ 60%  - ≥ 50%

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione adempimenti	<p>all'anno precedente, pari a:            - + 20% per il colon retto;            - + 10% per la mammella;            - + 10% per la cervice uterina;            il punteggio assegnato è = 0,6 per ciascun screening</p> <p>Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o &gt; al 75% = 1,4            Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o &gt; al 60% = 1            Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o &lt; al 60% ma migliore rispetto all'anno precedente = 0,7            Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro la varicella = 1 in caso di raggiungimento al 31/12 di ciascun anno del valore soglia dell'indicatore LEA</p> <p>Implementazione delle azioni previste dal Piano nazionale</p>		<p>- ≥ 75%</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano Strategico 2020-22</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano</p>

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione</b>	Realizzazione adempimenti	<p>per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) = 2 se <math>\geq 80\%</math> del valore soglia dell'indicatore LEA</p> <p>Implementazione delle azioni previste dal PNEMoRc, con particolare riferimento agli interventi di prevenzione nei confronti del morbillo = 1 in caso di raggiungimento al 31/12 di ciascun anno del valore soglia dell'indicatore LEA</p> <p>Controlli di imprese attive sul territorio pari o <math>&gt; 5\%</math> = 1 Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Controlli previsti dal Piano regionale dei controlli sul rischio chimico = 1 Mancato raggiungimento = 0</p> <p>Realizzazione attività previste nel Piano regionale GAP (gioco azzardo patologico) = 1 Mancato raggiungimento = 0</p>		<p>Strategico 2020-22</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano Strategico 2020-22</p> <p>- <math>\geq 5\%</math></p> <p>- Rispetto adempimenti previsti</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti</p>

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
Area Governare Clinico, Qualità e Sicurezza delle cure	Appropriatezza prescrittiva farmaci	5.a Implementazione Piani Terapeutici (PT) on- line	5.a % di medici accreditati sul totale dei medici operanti nelle strutture aziendali > 80% = 0,5		- > 80%
			% di medici che compilano i PT sulla piattaforma on-line sul totale dei medici accreditati > 50% nel 2020 o porzione di esso = 0,5		- > 50%
		5.b Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di inibitori di pompa protonica (PPI)	5.b % di pazienti con prescrizioni di IPP “al bisogno” con durata terapia < 28 giorni < 5% = 0,5		- < 28 giorni < 5%
			% di pazienti avviati al trattamento con di IPP con durata terapia > 6 settimane < 10% = 0,5		- > 6 settimane < 10%
	5.c Riduzione delle prescrizioni di antibiotici	5.c numero DDD/1.000 abitanti die su popolazione pesata < 17 = 2		- < 17	
		numero DDD/1.000 abitanti die su popolazione pesata < 19 e ≥ 17 = 1			

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
			se numero DDD/1.000 abitanti die su popolazione pesata $\geq 19 = 0$		
		5.d Miglioramento del sistema di farmacovigilanza	5.d numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini per 100.000 abitanti $\geq 15\%$ rispetto al periodo precedente = 1		$\geq 15\%$
<b>Area Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Sicurezza e rischio clinico</b>	6.a Monitoraggio Piani di miglioramento attuati a seguito di eventi sentinella 6.b Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali 6.c Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti 6.d Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in sala operatoria	Rispetto complessivo adempimenti = 2  Mancato rispetto di almeno due adempimenti = 0	- Mappatura eventi avversi ed eventi sentinella; - Piani di miglioramento per area prioritaria; - Contestualizzazione raccomandazioni attraverso procedure specifiche  - Realizzazione eventi formativi  - Verifica corretta compilazione check list	- Rispetto adempimenti previsti  - Rispetto raccomandazioni ministeriali  - Rispetto adempimenti previsti  $\geq 95\%$

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
		6.e Prevenzione delle cadute  6.f Verifica periodica della qualità percepita dagli utenti del SSR  6.g. Applicazione della Legge n. 24 dell' 08/03/2017  6.h Evasione di tutti i ricorsi, segnalazioni, esposti, etc, presentati dai cittadini/utenti, associazioni di tutela, aventi diritto, richieste dei NAS, Regione, Ministero, etc		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio procedura prevenzione e gestione delle cadute</li> <li>- Realizzazione indagine di customer satisfaction</li> <li>- Attuazione interventi previsti dalla Legge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rispetto procedura</li> <li>- Rispetto adempimenti previsti</li> <li>- Rispetto adempimenti previsti</li> <li>- 100% richieste ricevute</li> </ul>
<b>Area Governo Clinico, Qualità e Sicurezza delle cure</b>	<b>Rete cure palliative</b>	Accessi domiciliari ai malati terminali	Incremento del 10% rispetto all'anno precedente = 5 Mancato raggiungimento = 0	- Potenziamento delle prestazioni erogate per cure palliative a domicilio e miglioramento del flusso SIAD	- Incremento
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Sanità veterinaria e sicurezza alimentare</b>	8.a Profilassi e prevenzione malattie animali	Rispetto complessivo adempimenti = 10 (2 pt per ogni indicatore nel caso di controlli pari al 100%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E' previsto di dare attuazione:</li> <li>- al PPRIC per la pianificazione aziendale;</li> <li>- al programma regionale di Audit</li> </ul>	- Rispetto azioni previste nel Piano Strategico e nel Piano PRIC 2015-2018

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Sanità veterinaria e sicurezza alimentare</b>	<p>8.b Controllo del benessere degli animali e prevenzione del randagismo</p> <p>8.c Verifiche sulla nutrizione e malattie correlate</p> <p>8.d Controlli sulle strutture di produzione e lavorazione degli alimenti e trasmissione dei dati sul sistema informatizzato SIVRA</p> <p>8.e Applicazione e verifica dei piani di Audit e relativi standard di funzionamento dei servizi</p>	<p>Parziale rispetto = 1 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli pari o &lt; 10% dal programmato PPRIC)</p> <p>Mancato rispetto = 0 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli &lt; 90% dal programmato PPRIC)</p>	<p>sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, allevamenti, stalle di sosta, strutture di ricovero;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ad audit interni all'organizzazione;</li> <li>- alla alimentazione ed implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA-SINVSA-SANAN-SIMAN);</li> <li>- ad almeno un corso di formazione per il personale;</li> <li>- ad incontri/eventi formativi per gli utenti sulle materie di competenza.-</li> </ul>	
	<b>Mantenimento erogazione LEA</b>	<p>9.a Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse , Hib)</p> <p>9.b Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia</p>	<p>Rispetto completo = 20</p> <p>Rispetto complessivo dello standard (valore normale) pari a 1,2 per ciascun indicatore = 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisire mensilmente gli elenchi dei nuovi nati</li> <li>- Inviare lettera di invito alla vaccinazione e materiale informativo agli esercenti la potestà genitoriale/tutori/soggetti affidatari dei minori</li> </ul>	<p>- ≥ 95% (soglia griglia LEA)</p> <p>- ≥ 95% (soglia griglia LEA)</p>

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2020	Target
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Mantenimento erogazione LEA</b>	9.c Copertura per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ≥ 65 anni	Scostamento minimo dallo standard pari a 0,6 per ciascun indicatore = 10	- Incentivazione a MMG e PLS - Aperture straordinarie ambulatori vaccinali	- ≥ 75% (soglia griglia LEA)
		9.d Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello per cervice uterina, mammella, colon retto	Scostamento dallo standard non accettabile o non validità del dato per ciascun indicatore = 0	- Aumentare l'estensione dei programmi di screening - Screening mammografico - Screening coloretale - Screening cervice uterina - Adeguatezza arruolamento e identificazione della reale popolazione target	- Rispetto percentuali: - ≥ 60% - ≥ 50% - ≥ 50%
		9.e Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco da strutture regionali per residenti			
		9.f Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI			- ≥ 5,5% popolazione residente
		9.g Numero prestazioni di risonanza magnetica per 100 residenti			- ≥ 5,10% e ≤ 7,50% (soglia griglia LEA)

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Prevenzione</b>	<b>Mantenimento erogazione LEA</b>	9.h Percentuale parti cesarei primari 9.i Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN 9.j Percentuale di pazienti > 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario 9.k Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)			- ≤ 18% (soglia griglia LEA) - ≤ 18% (soglia griglia LEA) - ≥ 60% (soglia griglia LEA) - 18' (soglia griglia LEA)

**OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (TRASPARENZA)**

	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Standard</b>	<b>Azioni 2020</b>	<b>Target</b>
<b>Area Trasparenza</b>	<b>Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio</b>  <b>Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale</b>	Pubblicazione con modalità tali da rendere la stessa di immediata comprensione e consultazione per il cittadino  Pubblicazione con modalità tali da rendere la stessa di immediata comprensione e consultazione per il cittadino	Pubblicazione dei dati richiesti con modalità conformi a quelle previste = 3  Pubblicazione con modalità non conformi o incompleta pubblicazione = 0  Pubblicazione dei dati richiesti con modalità conformi a quelle previste = 2  Pubblicazione con modalità non conformi o incompleta pubblicazione = 0	- Monitoraggio dati pubblicati e rispetto forma	- Rispetto adempimenti previsti