



PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

A cura della
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione

Indice

1. Executive Summary	2
2. Premessa	3
3. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni	6
3.1 Chi siamo	6
3.2 Cosa facciamo	6
3.3 Come Operiamo	7
4. Identità dell’Azienda	9
4.1 L’Azienda in “cifre”	9
5. Il sistema degli obiettivi	14
5.1 Gli obiettivi strategici	14
5.2 Gli obiettivi di programmazione regionale	16
5.3 Gli obiettivi di performance organizzativa	17
6. Il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle Performance	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
7. Misurazione e valutazione della Performance	25
7.1 L’impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti	27
7.2 Il sistema di valutazione del personale	27
7.3 Il processo di misurazione	30
8. Indicatori di esito	32
9. Conclusioni	34

1. Executive Summary

Il Piano della *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 della *Performance* è suddiviso in sette 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.

Nella sesta si descrive il collegamento tra gli indicatori del Piano Nazionale Esiti e l'albero della performance

2. Premessa

Il Piano della *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 della *Performance* dà avvio al ciclo di gestione della performance.

Il Piano della *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 2022.

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 della performance.

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

In corrispondenza all'art. 10 del citato D.Lgs. 150/2009, il Piano della *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 della *Performance*.

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 costituiti da:

- Linee di indirizzo di pianificazione: Patto per la 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”), nota prot. R.A./0400013/21/DPF012 del Servizio Programmazione Economico Finanziaria del 12 ottobre 2021 (trasmissione indirizzi per la programmazione economico finanziaria 2022-2024), DGR n. 660 del 22 ottobre 2021 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2022-2024);
- Strumenti di programmazione (delibera n. 1272 del 30/11/2021) costituiti da:
 - Piano strategico;
 - Bilancio pluriennale di previsione;
 - Piano programmatico di esercizio;
- Processo di Budget annuale con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per il 2022 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 - per la Direzione Strategica e per le UU.OO., alimentato attraverso il sistema informativo;
- Budget operativo con tetti di spesa per UU.OO. monitorati dal gestionale Areas.

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 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.

Infatti, l'art. 74, comma 2 del D. Lgs. n.150/2009, precisa che il ciclo della 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

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:

- di contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, di riduzione della mobilità passiva, di ottimizzazione dei consumi di beni sanitari e di miglioramento di alcuni indicatori di attività ospedaliera (degenza media, peso medio dei DRG, etc.);
- di miglioramento della qualità delle prestazioni (clinical competence), di scelta di professionisti migliori.

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

3.3 Come operiamo

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

L'Azienda adotta le metodologie e gli strumenti del governo clinico ed integra le stesse con quelli del governo economico al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte clinico-assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi, l'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi. Ne deriva una stretta relazione tra le due

dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica, anche rispetto al sistema e all'articolazione delle responsabilità a tutti i livelli dell'assetto organizzativo.

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

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

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

4. Identità dell’Azienda

4.1 L’Azienda in “cifre”

Il territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2.588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani. Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 375.215 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2021), per una densità abitativa media di 144 ab./km².

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 2021)

Aree Distrettuali	Femmine	Maschi	Totale complessivo
Area distrettuale 1	87.121	81.916	169.037
Area distrettuale 2	55.183	52.833	108.016
Area distrettuale 3	50.049	48.113	98.162
Totale Asl 02	192.353	182.862	375.215

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 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.

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).

Integrazione Ospedale-Territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera comprende una concentrazione crescente di tecnologie, complessità e intensità di cure, che di fatto deve avere forti relazioni con le 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.

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, di ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità di cura, che si colloca fra il ricovero ospedaliero e le cure domiciliari, in uno stretto rapporto di collaborazione funzionale con i medici di medicina generale (MMG), 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.

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 2022 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 per la 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"), nota prot. R.A./0400013/21/DPF012 del Servizio

Programmazione Economico Finanziaria del 12 ottobre 2021 (trasmissione indirizzi per la programmazione economico finanziaria 2022-2024), DGR n. 660 del 22 ottobre 2021 (indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2022-2024);

- Piano Strategico aziendale (delibera n. 1272 del 30/11/2021);
- 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 ottimizzazione/riorganizzazione della rete di assistenza ospedaliera e della rete territoriale;
- 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 PDTA;
- b. i controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie;

- c. la mobilità sanitaria;
- d. il contenimento delle liste di attesa;
- e. la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione;
- f. la campagna vaccinale COVID e la sorveglianza clinico-epidemiologica sul territorio correlata al COVID-19;
- g. l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- h. l'integrazione H-T;
- i. la sicurezza e rischio clinico;
- l. la rete delle cure palliative;
- m. la sanità veterinaria e sicurezza alimentare;
- n. 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. 660/2021 “indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali 2022-2024”, si riferiscono ai seguenti servizi regionali:

1. strutture e tecnologie in ambito sanitario-HTA;
2. assistenza farmaceutica;
3. sistema organizzativo e risorse umane del SSR;
4. ufficio ispettivo – appropriatezza prestazioni SSR – rischio clinico;
5. prevenzione sanitaria, medicina territoriale;
6. sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti;
7. programmazione economico finanziaria;
8. flussi informativi e sanità digitale;
9. programmazione socio-sanitaria;
10. agenzia sanitaria regionale.

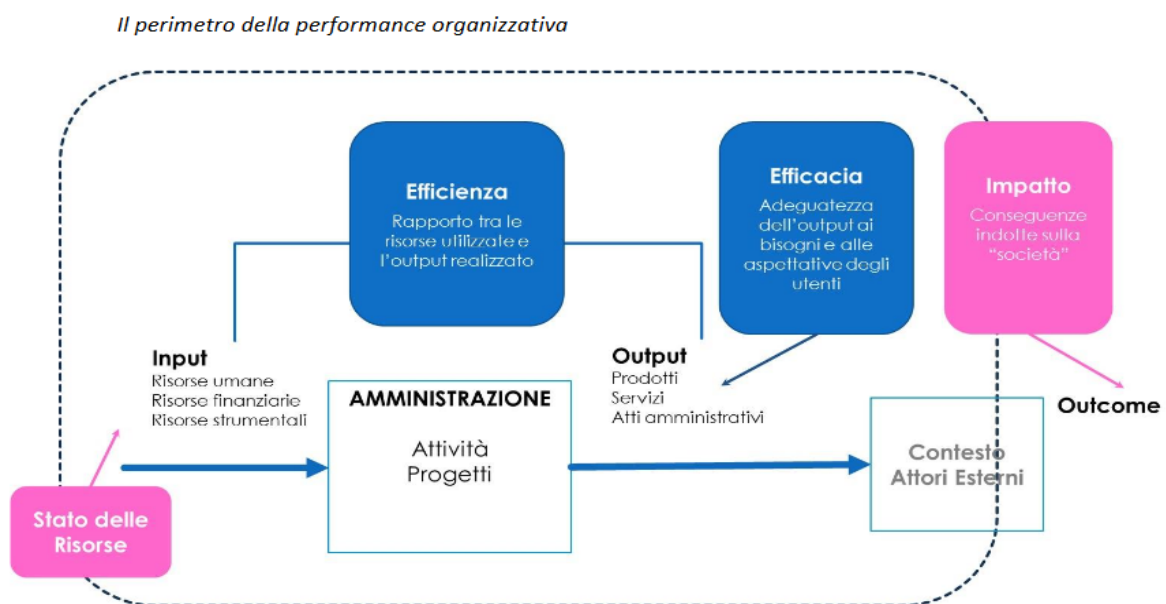
5.3 Gli obiettivi di performance organizzativa

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 miglioramento 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.



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

- il piano strategico vaccinale COVID,
- 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 della Performance

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

Il processo di redazione del Piano della 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 della 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 della 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 della performance sono raccordati con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2022-2024 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 crono programmi che hanno dato luogo alle diverse sezioni componenti il Piano Strategico 2022-2024, 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

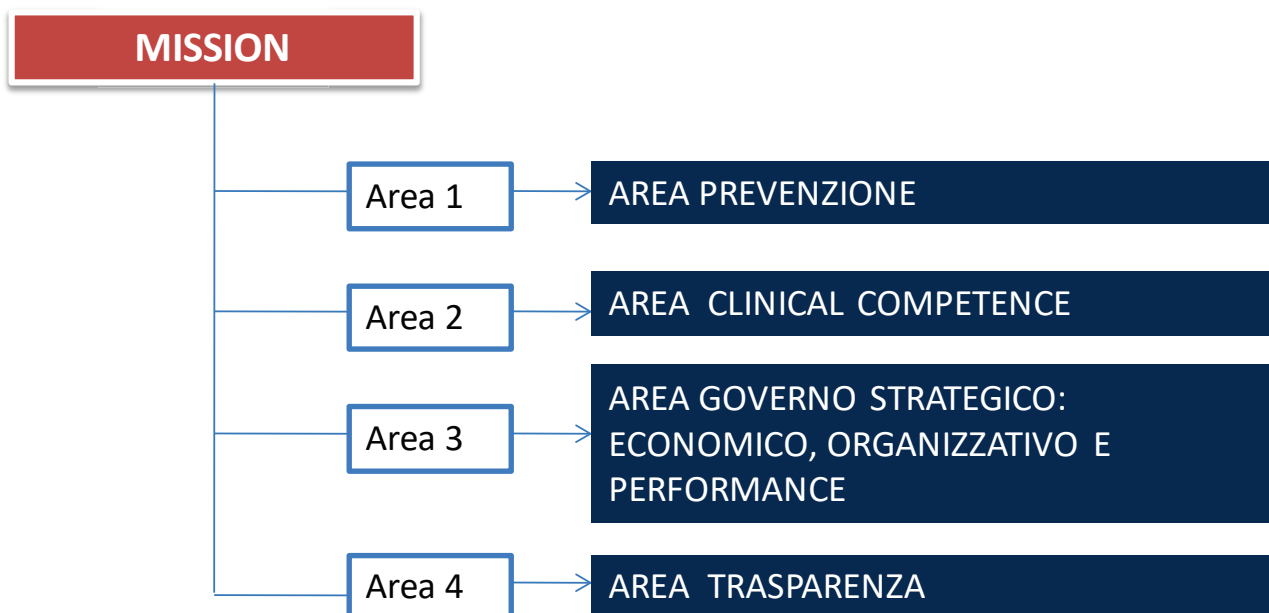
L'albero della *performance* è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Evidenzia come gli obiettivi si conciliano, a vari livelli, 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 di produzione;
 - dati AGENAS.
- b. individuazione delle azioni e dei responsabili per raggiungere gli obiettivi prefissati e degli indicatori per monitorare il raggiungimento degli stessi.

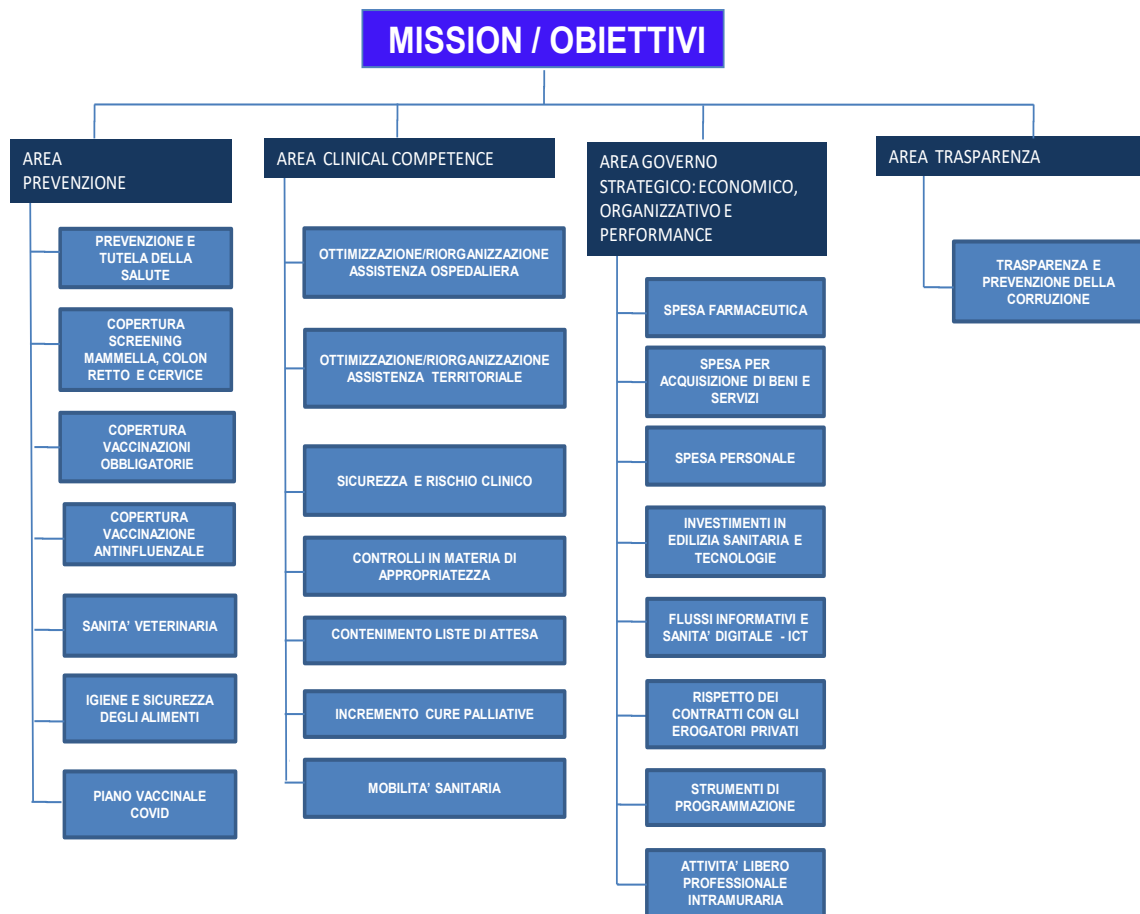
Il piano verrà utilizzato per la declinazione degli obiettivi individuati e per l'assegnazione degli stessi a tutte le UU.OO. aziendali interessate.

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 2022 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 della 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 della 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.

Il Piano della performance, che prevede l'area della trasparenza nell'albero della performance, tiene conto dello sfasamento temporale venutosi a creare a seguito del differimento del termine, dal 31/01/2022 al 30/04/2022, derivante dal D.L. 30/12/2021, n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi". Il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), nella seduta del 12/01/2022, ha deliberato tale differimento, tenuto conto altresì del perdurare dello stato di emergenza sanitaria da Covid-19, per la predisposizione e pubblicazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

Ciascuna amministrazione pubblica è tenuta alla misurazione e alla valutazione della performance con riferimento:

1. all'amministrazione nel suo complesso
2. alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola
3. ai singoli dipendenti.

Rispecchiando i sopracitati tre ambiti di misurazione e valutazione della performance, si può definire:

- performance istituzionale quella dell'intera azienda;
- performance organizzativa quella di struttura (unità organizzativa);
- performance individuale (singolo dipendente).

La valutazione della performance organizzativa ed individuale avviene attraverso il sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP) che risulta parte integrante del ciclo di gestione annuale della performance.

Per tal motivo, il sistema di misurazione si inserisce nella fase programmatoria del ciclo della performance e viene aggiornato ed adottato annualmente, previo parere vincolante dell'organismo indipendente di valutazione (OIV).

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

- performance complessiva aziendale;
- performance organizzativa ed individuale.

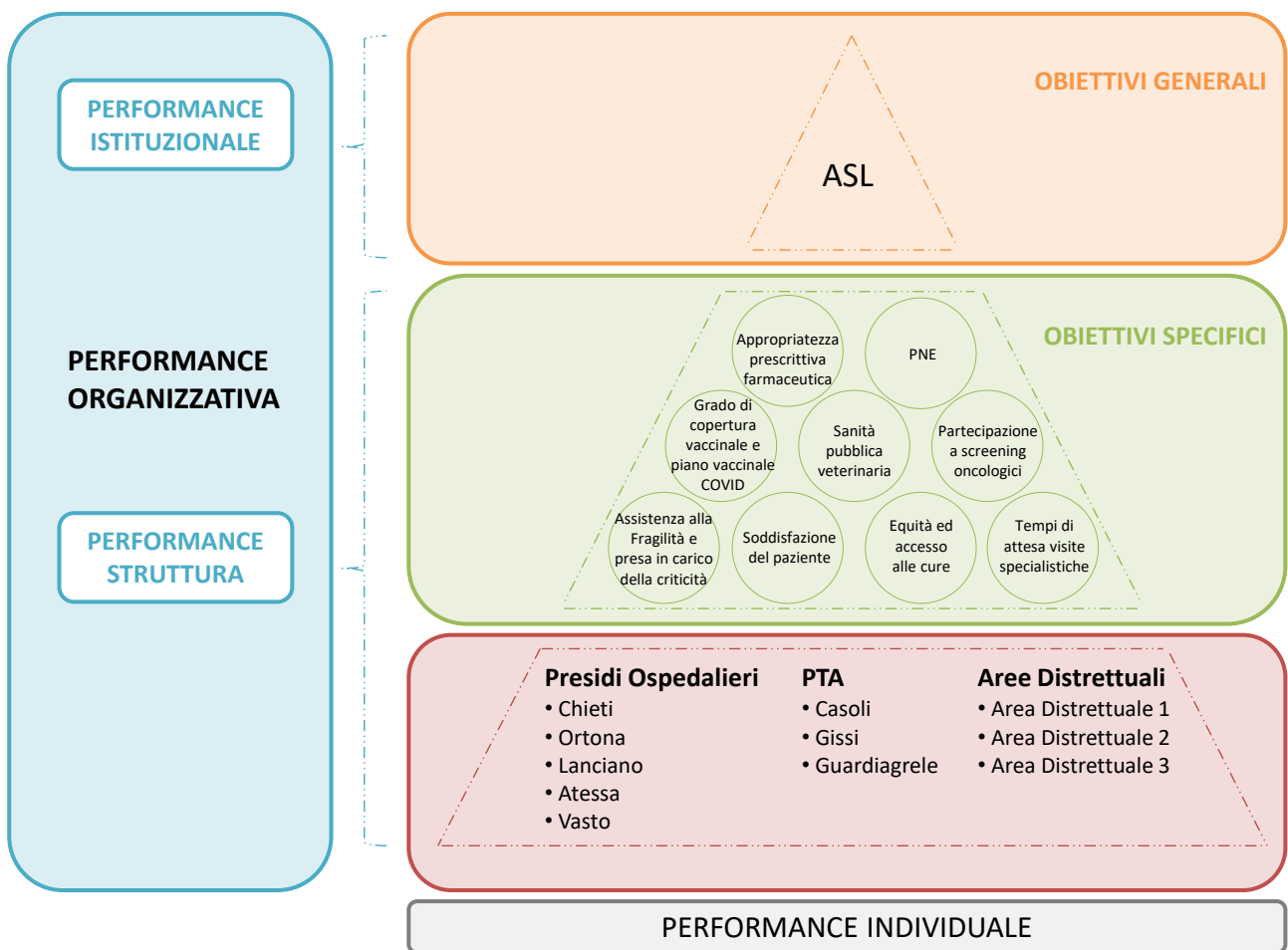
Il livello di misurazione e valutazione delle performance complessiva aziendale si esprime mediante una programmazione triennale (formalizzata mediante questo documento) e una rendicontazione annuale (formalizzata dalla relazione della performance), secondo dimensioni della performance e indicatori di 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;
- gli audit clinico ed amministrativo-contabile.

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.

Per quanto concerne la performance organizzativa, si può ritenere che essa esprime il risultato raggiunto dall'azienda sia nel suo complesso che nelle sue varie articolazioni, nel perseguimento degli obiettivi istituzionali, strategici ed operativi. La figura che segue rappresenta graficamente l'unitarietà del complesso sistema gestionale dell'azienda Asl.



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.

7.2 Il sistema di valutazione del personale

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 2022.

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 dell'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.

In particolare, la valutazione del personale è correlata:

1. per i dirigenti ed il personale responsabile di un'unità organizzativa/progetto:

- a) agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità (che definisce in una logica gerarchica anche la qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura), ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;
- b) al raggiungimento di specifici obiettivi individuali, ove assegnati e differenti da quelli di cui alla lettera a);
- c) alle competenze professionali e manageriali dimostrate attraverso i comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- d) alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

2. per i collaboratori:

- a) al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, (che definisce in una logica gerarchica anche la qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza);
- b) alle competenze dimostrate attraverso i comportamenti professionali e organizzativi.



Attualmente sul fronte procedurale, il percorso di valutazione della sola performance organizzativa è il seguente:

- assegnazione di obiettivi di equipe ai direttori/responsabili delle UU.OO. successivamente alla negoziazione annuale di budget e contestuale sottoscrizione delle relative schede;
- verbale di riunione del direttore /responsabile per portare a conoscenza del personale dirigente e del comparto assegnato alla struttura, con apposita riunione da tenersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa documentazione, degli obiettivi 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.

7.3 Il processo di misurazione

Come si evince dall'art.4 del D. Lgs.150/2009 il ciclo della performance si articola come processo di definizione degli obiettivi, di allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, di monitoraggio in corso di gestione e di valutazione e rendicontazione dei risultati ottenuti in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio.

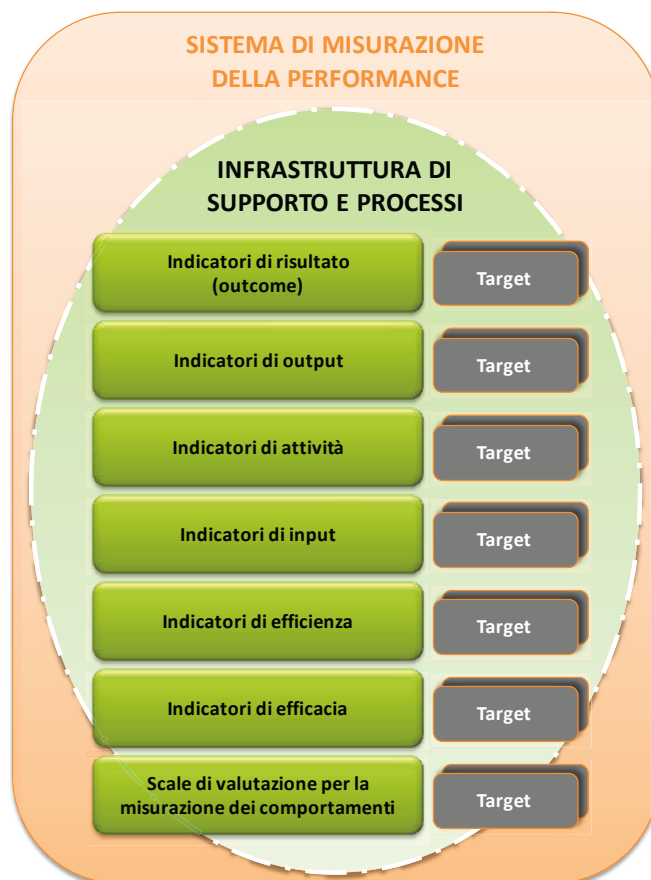
L'azienda definisce l'articolazione del ciclo della performance nelle seguenti fasi:

1. fase programmatica (definizione e assegnazione degli obiettivi e collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse);
2. fase di monitoraggio in corso di esercizio;
3. fase della misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
4. fase della rendicontazione interna ed esterna dei risultati.

Il sistema della misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:

- a. l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività, declinata in termini di comunità di riferimento dei diversi macroprocessi che riguardano la cittadinanza la comunità scientifica, personale, imprese, "territorio";
- b. l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c. la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d. la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e. lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f. l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g. la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

In sintesi, l'uso degli indicatori è molteplice e riferisce a target utilizzati da diverse disposizioni e direttive anche ministeriali oltre che regionali e di agenzie specifiche.



Se per la fase programmatoria esistono le indicazioni regionali espresse nelle linee di indirizzo per la redazione degli strumenti di programmazione del triennio che qui si richiamano, per la fase della misurazione l'azienda deve costruire un sistema dedicato che consenta di asseverare e validare i diversi obiettivi raggiunti nel periodo di riferimento.

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.

I risultati del PNE sono organizzati in tre sezioni:

- 1) ospedale, dove sono visualizzabili i risultati degli indicatori articolati per ambito nosologico, strutture, area territoriale, treemap;
- 2) territorio, con i risultati di tutti gli indicatori di esiti cardio-cerebrovascolari, accesso in pronto soccorso, ospedalizzazioni evitabili;
- 3) equità, con i risultati stratificati per genere, cittadinanza, titolo di studio.

Il PNE analizza 184 indicatori, di cui 164 relativi all'assistenza ospedaliera e 20 a quella territoriale.

Gli indicatori riguardanti l'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 di volume di attività e 15 di ospedalizzazione) sono suddivisi nelle seguenti aree:

- area cardiovascolare;
- area cerebrovascolare;
- area digerente;
- area malattie infettive;
- area muscolo scheletrico;

- area oncologia;
- area otorinolaringoiatria;
- area pediatria;
- area perinatale;
- area apparato respiratorio;
- area urogenitale.

Gli indicatori concernenti l'assistenza territoriale (14 di ospedalizzazione evitabile, 2 di esiti a lungo termine, 4 di accessi impropri in PS) valutano indirettamente il livello della stessa.

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

9. Conclusioni

Sin dall'inizio della diffusione del Covid-19, l'Azienda ha posto in essere delle azioni straordinarie di riorganizzazione, volte a fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Tali azioni, hanno coinvolto tutto l'assetto aziendale, riflettendosi altresì sulle linee di produzione "ordinarie", sulla performance organizzativa aziendale, e su quella delle UU.OO. maggiormente coinvolte nel fronteggiare la pandemia.

Visto il perdurare dello stato di emergenza sanitaria, prorogato al 31.03.2022 dal D.L. 24/12/2021, n. 221 "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19", si terrà conto di ciò nell'assegnazione degli obiettivi alle UU.OO. aziendali, in modo da minimizzare l'impatto della stessa sulla performance organizzativa complessiva.



**ALLEGATO:
SCHEDE PIANO
DELLA PERFORMANCE
2022-2024**

A cura della
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		3.b Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti	3.b Rispetto del tetto di spesa = 5	- Monitoraggio appropriatezza prescrittiva in ambito ospedaliero (ottimizzazione della distribuzione diretta dei farmaci in dimissione)	- Tetto nazionale 6,89%
Area Governo Strategico	Spesa farmaceutica		Per ogni 10% di riduzione scostamento assoluto dal tetto = 0,5	- Monitoraggio attività prescrittiva farmaci "alto spendenti" - Incremento utilizzo farmaci biosimilari - Corretta gestione delle procedure previste nei registri di monitoraggio AIFA	
			Scostamento assoluto dal tetto ≥ 2022 = 0		
		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	- Aumento	
		3.d Rispetto % di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo	Prescrizione ≤ 86% = 0		
			Rispetto complessivo = 2,5	- Incremento impiego del farmaco biologico a brevetto scaduto	

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Governo Strategico	Spesa per acquisizione di beni e servizi e prodotti farmaceutici	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 2022 = 10 Contenimento della spesa annuale di almeno due delle voci entro i valori del programmatico 2022 = 5 Restanti casi = 0	- Monitoraggio del tetto di spesa tramite l'analisi dei dati dei consumi delle tre voci e della produzione	- Rispetto tetto di spesa Strumenti di Programmazione 2022-2024
		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	- Gare regionali e aziendali - Razionalizzazione dell'uso dei dispositivi medici	- Tetto nazionale 4,4%
Area Governo Strategico	Tempi medi di pagamento	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Indicatore pari o < a - 5 = 5 Indicatore > - 5 o pari a 0 = 3		- Indicatore pari o < a - 5

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)

Area strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
			Indicatore > 0 = 0		
Area Governo Strategico	Flussi Informativi	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
Area Governo Strategico	Sanità digitale - ICT	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 azioni di miglioramento previste nel Piano Strategico
Area Governo Strategico	Adozione degli strumenti di programmazione	Adozione degli strumenti di programmazione entro i termini previsti dalla Regione	Rispetto termini = 5 Mancato rispetto = 0	- Predisposizione nei termini previsti	- Adozione entro il 30/9/2022
Area Governo Strategico	Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi	Verifica e controllo delle attività erogate dai privati accreditati, sia in termini di appropriatezza sanitaria sia in termini di rispetto dei	Rispetto completo = 8 Rispetto mancato o parziale = 0-7		- Rispetto adempimenti previsti

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		tetti assegnati secondo gli accordi stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e smi			
Area Governo Strategico	Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie	10.a Trasmissione degli atti di aggiudicazione dei lavori previsti nel Piano Aziendale	Rispetto completo 10.a e 10.b = 5		- Rispetto adempimenti previsti dal Piano triennale delle opere pubbliche del. n. 1358 del 21/12/2021
		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 mancato o parziale = 0-4		- Rispetto termini
Area Governo Strategico	Attività libero professionale intramuraria	11.a Assegnazione spazi	11.a Rispetto indicatore = 1 Mancato rispetto = 0		- Rispetto adempimenti previsti
		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.b Rispetto tempi o disallineamento dei tempi < 20% = 1 Mancato rispetto = 0		

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (FUNZIONAMENTO SERVIZI)

Aree strategiche	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		11.c Corretta applicazione della trattenuta di cui al DL n. 158/2012 art. 2 c. 1 lett. d)	11.c Rispetto indicatore = 1 Mancato o parziale rispetto = 0		

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Clinical Competence	Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni	1.a Controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ciascun erogatore pubblico e privato	Rispetto completo delle attività = 7	- Consolidamento 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
Area Clinical Competence	Mobilità sanitaria	2.a Aumento valore della produzione		- Aumento ricoveri residenti - Miglioramento codifica DRG (indicazione procedure primarie e secondarie)	

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		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	- 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
Area Clinical Competence	Contenimento liste di attesa	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 e riduzione delle liste d'attesa	- Rispetto programma attuativo aziendale per il superamento e riduzione delle liste d'attesa definito con atto deliberativo

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		<p>3.b Attivazione entro i termini previsti dal vigente PRGLA delle agende dedicate (CUP II livello) alle prestazioni successive al primo accesso</p> <p>3.c Predisposizione e realizzazione della completa prenotabilità dell'intera offerta sanitaria</p>	<p>3.b Rispetto indicatore = 5</p> <p>- Ritardo < 90 giorni rispetto ai tempi previsti dal PRGLA = 2,5</p> <p>- Ritardo > 90 giorni rispetto ai tempi previsti dal PRGLA = 0</p> <p>3.c Rispetto completo = 5</p> <p>Mancato o parziale rispetto = 0</p>		
Area Prevenzione	Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzazione adempimenti	<p>4. Realizzazione dell'80% degli obiettivi previsti nel Piano = 3</p> <p>Mancato raggiungimento dell'80% = 0</p> <p>Copertura screening per colon retto pari o > 50% = 1,2</p> <p>Copertura screening per mammella pari o > 60% = 1,2</p> <p>Copertura screening per cervice uterina pari o > 50% = 1,2</p> <p>In caso di mancato raggiungimento delle percentuali ma incremento delle coperture rispetto all'anno precedente, pari a:</p>		<p>Rispetto azioni previste dal Piano Strategico 2022-24 e dal PRP</p> <p>- ≥ 50%</p> <p>- ≥ 60%</p> <p>- ≥ 50%</p>

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Prevenzione	Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzazione adempimenti	<p>- + 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 > al 75% = 1,4 Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o > al 60% = 1 Copertura vaccinazione antinfluenzale pari o < 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 per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita</p>		<p>- ≥ 75%</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano Strategico 2022-24</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano Strategico 2022-24</p>

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Prevenzione	Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione	Realizzazione adempimenti	<p>(PNEMoRc) = 2 se $\geq 80\%$ 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 $> 5\% = 1$ 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>- Rispetto adempimenti previsti nel Piano Strategico 2022-24</p> <p>- $\geq 5\%$</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti</p> <p>- Rispetto adempimenti previsti</p>
Area Clinical Competence	Appropriatezza prescrittiva farmaci	5.a Implementazione Piani Terapeutici (PT) on-	5.a % di medici accreditati sul totale dei medici operanti nelle		- $> 80\%$

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		line	strutture aziendali > 80% = 0,5		
			% 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		
			se numero DDD/1.000 abitanti die su popolazione pesata ≥ 19 = 0		

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		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%
Area Clinical Competence	Sicurezza e rischio clinico	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 6.e Prevenzione delle cadute 6.f Verifica periodica della qualità percepita dagli utenti del SSR	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 - Monitoraggio procedura prevenzione e gestione delle cadute - Realizzazione indagine di customer satisfaction	- Rispetto adempimenti previsti - Rispetto raccomandazioni ministeriali - Rispetto adempimenti previsti - \geq 95% - Rispetto procedura - Rispetto adempimenti previsti

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		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		- Attuazione interventi previsti dalla Legge	- Rispetto adempimenti previsti - 100% richieste ricevute
Area Clinical Competence	Rete cure palliative	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
Area Prevenzione	Sanità veterinaria e sicurezza alimentare	8.a Profilassi e prevenzione malattie animali 8.b Controllo del benessere degli animali e prevenzione del randagismo 8.c Verifiche sulla nutrizione e malattie correlate	Rispetto complessivo adempimenti = 10 (2 pt per ogni indicatore nel caso di controlli pari al 100%) Parziale rispetto = 1 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli pari o < 10% dal programmato PPRIC) Mancato rispetto = 0 pt (per ogni indicatore nel caso di controlli < 90% dal programmato PPRIC)	- E' previsto di dare attuazione: - al PPRIC per la pianificazione aziendale; - al programma regionale di Audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, allevamenti, stalle di sosta, strutture di ricovero; - ad audit interni all'organizzazione; - alla alimentazione ed implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA-SINVSA-SANAN-SIMAN); - ad almeno un corso di formazione per il personale;	- Rispetto azioni previste nel Piano Strategico e nel Piano PRIC
Area Prevenzione	Sanità veterinaria e	8.d Controlli sulle strutture di produzione e			

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
	sicurezza alimentare	lavorazione degli alimenti e trasmissione dei dati dati sul sistema informatizzato SIVRA 8.e Applicazione e verifica dei piani di Audit e relativi standard di funzionamento dei servizi		- ad incontri/eventi formativi per gli utenti sulle materie di competenza.-	
	Mantenimento erogazione LEA	9.a Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse , Hib) 9.b Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia 9.c Copertura per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano ≥ 65 anni 9.d Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello per cervice uterina, mammella, colon retto	Rispetto completo = 20 Rispetto complessivo dello standard (valore normale) pari a 1,2 per ciascun indicatore = 20 Scostamento minimo dallo standard pari a 0,6 per ciascun indicatore = 10 Scostamento dallo standard non accettabile o non validità del dato per ciascun indicatore = 0	- Acquisire mensilmente gli elenchi dei nuovi nati - Inviare lettera di invito alla vaccinazione e materiale informativo agli esercenti la potestà genitoriale/tutori/soggetti affidatari dei minori - Incentivazione a MMG e PLS - Aperture straordinarie ambulatori vaccinali - Aumentare l'estensione dei programmi di screening - Screening mammografico - Screening colorettaie - Screening cervice uterina - Adeguatezza arruolamento e	- ≥ 95% (soglia griglia LEA) - ≥ 95% (soglia griglia LEA) - ≥ 75% (soglia griglia LEA) - Rispetto percentuali: - ≥ 60% - ≥ 50% - ≥ 50%

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Prevenzione	Mantenimento erogazione LEA	<p>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</p> <p>9.f Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI</p> <p>9.g Numero prestazioni di risonanza magnetica per 100 residenti</p> <p>9.h Percentuale parti cesarei primari</p> <p>9.i Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN</p> <p>9.j Percentuale di pazienti > 65 anni con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario</p>		identificazione della reale popolazione target	<p>- ≤ 530 (soglia griglia LEA)</p> <p>- ≥ 5,5% popolazione residente</p> <p>- ≥ 5,10% e ≤ 7,50% (soglia griglia LEA)</p> <p>- ≤ 18% (soglia griglia LEA)</p> <p>- ≤ 18% (soglia griglia LEA)</p> <p>- ≥ 60% (soglia griglia LEA)</p>
Area Prevenzione	Mantenimento erogazione LEA				

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (SALUTE)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
		9.k Intervallo allarme-target dei mezzi di soccorso (minuti)			- 18' (soglia griglia LEA)

OBIETTIVI – INDICATORI DI PERFORMANCE AZIENDALI (TRASPARENZA)

	Obiettivo	Indicatore	Standard	Azioni 2022	Target
Area Trasparenza	Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio	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	- Monitoraggio dati pubblicati e rispetto forma	- Rispetto adempimenti previsti
	Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale	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 = 2 Pubblicazione con modalità non conformi o incompleta pubblicazione = 0		