



USLUmbria**2**

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2

PIANO DELLE PERFORMANCE 2019 - 2021

Executive summary

Il Piano della Performance (ex art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150) è un documento programmatico triennale da adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Piano della Performance individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.

Il presente Piano della Performance 2019-2021 è stato redatto in conformità al suddetto D.L. n. 150/2009 e nel rispetto di quanto riportato nelle delibere della CIVIT (oggi ANAC) n. 112/2010 "Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance"; n. 6/2013 "Linee Guida relative al ciclo gestione della performance per l'anno 2013"; n. 89/2010 e n. 104/2010.

I punti salienti del Piano della Performance 2019-2021

La prima parte del Piano della Performance descrive "*chi siamo*" attraverso la rappresentazione dell'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale USL Umbria n. 2, dell'assetto organizzativo aziendale e dell'organigramma.

La seconda parte descrive il contesto interno ed esterno nel quale opera l'Azienda, con particolare riferimento alla struttura dell'offerta e ai livelli assistenziali assicurati alla popolazione di riferimento.

Il contesto interno viene rappresentato attraverso la fotografia delle risorse umane in dotazione, dei principali dati economico-finanziari e dei servizi sanitari erogati.

Il contesto esterno viene analizzato dal punto di vista *demografico* (struttura e dinamica della popolazione), mentre per la parte epidemiologica si rimanda alla relazione annuale.

La parte terza contiene la rappresentazione dell'Albero della Performance.

Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, sottesi all'Albero della Performance, sono declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale (DEFR 2017-2019 approvato dal Consiglio regionale con

Risoluzione n. 133 del 5 dicembre 2016 e pubblicato nel Supplemento Straordinario al Bollettino Ufficiale n. 63 del 28 dicembre 2016 e Proposta di Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2018-2020 il cui schema è stato preadottato con DGR n. 1281/2017) e con il BEP 2019, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1787 del 13.12.2018. Al momento della programmazione 2019 non risultano assegnati al Direttore Generale obiettivi specifici per l'anno 2019. Si terranno in considerazione altresì gli obiettivi proposti al Direttore Generale per l'anno 2018 contenuti nella DGR n. 433 del 3/5/208 “Assegnazione obiettivi ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2018. Determinazioni”, alla data odierna non ancora negoziati.

Gli obiettivi strategici aziendali declinati nel presente Piano della Performance saranno opportunamente rivisti e/o integrati allorquando saranno approvati nuovi e diversi obiettivi regionali di salute e programmazione economico finanziaria.

L'ultima sezione del Piano della Performance (parte quarta) descrive il ciclo di gestione della performance, ponendo attenzione anche alla coerenza degli obiettivi di performance con la programmazione economico - finanziaria e di bilancio.

In conclusione viene, infine, rappresentato il collegamento del Piano della Performance con il “Piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018-2019-2020”, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 94 del 31.01.2018.

I contenuti del presente Piano potranno essere successivamente integrati e/o modificati, con periodicità annuale, coerentemente con gli indirizzi di pianificazione regionale e con i conseguenti indirizzi di pianificazione strategica definiti dalla Direzione Aziendale per la realizzazione degli obiettivi assegnati. Il presente Piano di Performance fa riferimento al Piano di Performance 2018-2020 ed è aggiornato al triennio 2019-2021.

Per i dati di attività aziendali dell'anno 2018, si fa riferimento alla “Relazione del Direttore Generale al bilancio preventivo economico annuale. Esercizio 2019” (DDG n. 1787 del 13.12.2018).

Presentazione del Piano della performance

Il Piano della performance dell'Azienda USL Umbria n. 2 presenta l'organizzazione e la mappa degli obiettivi dell'Azienda alla luce delle sue specificità istituzionali.

Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell'Azienda, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell'Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

Rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale nel budget.

Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2019-2021 e si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2019-2021, con pianificazione delle attività per l'anno 2019, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Governare un'azienda significa incidere sulla quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l'azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento.

Le Aziende del Servizio Sanitario, per loro natura, sono sistemi ultra-complessi, stante l'impossibilità di ricostruire tutti gli elementi o tutte le relazioni che sottendono al loro funzionamento. I fattori di complessità sono sostanzialmente riconducibili all'interdipendenza dei processi, che implica un forte bisogno di integrazione e coordinamento in funzione della pluralità dei bisogni da soddisfare in una visione unitaria, nonché alla diversità dei prodotti e dei servizi da gestire.

L'USL Umbria n. 2 negli ultimi anni, conseguentemente al processo di riordino e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale disposto con L.R. n. 18/2012, legge confluita successivamente nel Testo Unico del 9 aprile 2015 n. 11, ha realizzato un insieme di evoluzioni organizzative procedurali e di processo, che hanno delineato una struttura delle responsabilità organizzative cliniche e assistenziali di tipo matriciale con una gestione per processi: identificare le attività e le risorse necessarie alla loro sostenibilità per ottenere i risultati preventivati, perseguire gli obiettivi e contribuire all'efficacia ed efficienza dell'organizzazione.

L'integrazione aziendale fra ex ASL 3 e ex ASL 4 si è rilevata una opportunità "impegnativa" di trasformare la difficoltà della fusione nell'elemento di base per:

- il miglioramento
- il rinnovamento
- l'abbandono delle "prassi consolidate"
- la conoscenza di altri metodi lavorativi e di altre prospettive di lettura dei fenomeni
- la confrontabilità interna costante e puntuale
- la confrontabilità esterna con la USL Umbria n. 1, con le Aziende Ospedaliere e con la Regione
- la necessità di cambiare e di farlo in modo più aderente alla pianificazione normativa e regolamentare.

L'assetto attuale è tuttora in fase di evoluzione al fine di meglio assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure ed elevati standard qualitativi dei servizi rivolti alla popolazione.

Visione ed obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2019-2021

Il presente Piano ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (*Performance Organizzativa*) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati.

- ***Obiettivi regionali***

Per ciò che attiene Area Sanità e Sociale il DEFR 2016-2018 ha riconfermato la scelta della Regione di salvaguardare un sistema sanitario regionale pubblico ed universalistico per tutti i cittadini, innovandolo e cambiandolo per renderlo economicamente sostenibile, più moderno, al passo con i risultati raggiunti dalla scienza in campo medico e con l'avanzamento della tecnologia, più di qualità ed umano per le persone.

Con DGR 1281/2017 la Giunta Regionale ha preadottato il Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2018-2020, uno strumento che consentirà alla Regione di ricondurre a sistema, anche attraverso la redazione del Piano Sanitario regionale - un percorso già avviato di pianificazione e programmazione che mira a rispondere in termini di efficacia, efficienza, qualità e sostenibilità ad una domanda di sanità dai contenuti complessi. Per garantire un sistema sanitario pubblico ed universalistico occorre proseguire e rafforzare le azioni già intraprese di riforma del Sistema Sanitario Regionale, basate sulla modifica dei sistemi organizzativi dei servizi, sull'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili e sull'impiego di nuove tecnologie.

La Giunta Regionale, con Deliberazione del 29.10.2018 n. 1195, ha individuato gli indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2019.

Sul versante della sanità digitale, l'obiettivo di legislatura è di continuare l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

La pianificazione e la programmazione per l'anno 2019, in linea con le linee programmatiche nazionali e regionali, rappresentano anche la naturale evoluzione di quanto fatto negli anni precedenti.

A livello nazionale oltre a quanto sancito con il Patto per la Salute 2014-2016 e con il DM 70/2015 che detta gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, va tenuta presente la nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (DPCM 12 gennaio 2017), che definisce il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, introduce la revisione dell'elenco delle malattie rare e croniche, introduce nuovi vaccini, amplia lo screening neonatale, inserisce l'endometriosi tra le patologie croniche e invalidanti, la celiachia diviene malattia cronica, viene recepita la legge n. 134 del 2015 in relazione all'autismo, cambia la normativa della procreazione medicalmente assistita le cui prestazioni fino ad ora erano erogate solo in regime di ricovero.

Tra i documenti di programmazione nazionale si ricordano, quindi:

- Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;
- Decreto n. 70 del 02/04/2015 relativo al Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera;
- DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- Legge n. 119 del 31/07/2017 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale".

A livello regionale i documenti principali di riferimento sono:

- DGR 970/2012 avente ad oggetto: "Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti";
- GR N. 366 del 22 maggio 2013 "Linee di indirizzo per un nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici";
- DGR N. 978 del 09.09.2013 "Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI)";

- DGR N. 41 del 28.01.2014 “Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)”;
- Approvazione Piano regionale di Prevenzione 2014-2018;
- DGR N. 158 del 24.02.2014 “Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con Ictus. Approvazione”;
- DGR N. 159 del 24.02.2014 “Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione”;
- DGR N. 933 del 28.07.2014 “Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento “Piano sulla Malattia Diabete” (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico–Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)”;
- DGR N. 1796 del 29.12.2014 “Interventi finalizzati alla riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria alle persone con disabilità complessa cognitivo-relazionale”;
- DGR 1009 del 04/08/2014 “Piano Straordinario per il contenimento della Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- L.R 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali” e s.m.i.
- DGR N. 1411 del 30.11.2015 “Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore”;
- DGR N. 1627 del 29.12.2015 “Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio”;
- DGR 1344 del 02/12/2013, DGR 945 del 3/08/2015 e DGR 1591 del 21/12/2015 relative alla riorganizzazione della rete dei Punti Nascita;
- DGR N. 53 del 25.01.2016 “DGR n. 1772 del 27 dicembre 2012 "legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" - attività del Coordinamento regionale per le cure palliative - approvazione schema di convenzione per le cure palliative con le organizzazioni di volontariato e requisiti di accreditamento”;
- DGR 55 del 25/01/2016 - (centri di senologia - breast unit) avente ad oggetto: “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (breast unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all’intesa stato regione

- Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all'intesa stato regioni Rep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014”;
- DGR 58 del 25/01/2016 avente ad oggetto: “Istituzione della struttura regionale per la valutazione HTA (Nucleo di Valutazione regionale per l’health Technology Assessment- Nucleo HTA). Determinazioni”;
 - DGR N. 212 del 29.2.2016 “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione”;
 - DGR N. 389 dell’11.04.2016 “Misure relative all’appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012”;
 - DGR n. 498 del 9.05.2016 “Aggiornamento ed integrazione del Piano Straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 4 agosto 2014). Obiettivi per il biennio 2016-2018”;
 - DGR N. 569 del 23.05.2016 “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi del comportamento”;
 - DGR N. 705 del 27.06.2016 “Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.”;
 - DGR N. 729 del 29.06.2016 “Linee d'indirizzo relative a "Percorsi riabilitativi per le gravi cerebrolesioni e i traumi cranici nella Regione Umbria”;
 - DGR N. 889 del 01.08.2016 “Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018 Approvazione”;
 - DGR N. 1019 del 12.09.2016 “Recepimento del ‘Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;
 - DGR N. 1191 del 24.10.2016 “Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del ‘Paziente con Dolore toracico in Pronto Soccorso’ e del ‘Paziente con Sospetta tromboembolia polmonare in Pronto Soccorso’. Approvazione”;
 - Disposizioni per il del P.R.I.N.A. e per l’assegnazione del Fondo per le non autosufficienze;
 - DGR N. 1411 del 05.12.2016 “Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito”;

- DGR N.207 del 06.03.2017 con cui è stata dichiarata conclusa la fase sperimentale di cui alla DGR 909 del 29 luglio 2011 con la quale era stata attivata l'erogazione di un assegno di sollievo mensile articolato in tre fasce a favore di persone residenti in Umbria e assistite presso il proprio domicilio affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da SLA in fase avanzata;
- Nuovo Piano Sociale Regionale, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 7 marzo 2017, n. 156, atto di programmazione strettamente integrato con il Piano sanitario regionale (art. 12 comma 3 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali);
- DGR N. 274 del 20.03.2017 "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019" (PNPV) di cui all'intesa sottoscritta in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017(Rep. atti n. 10/CSR);
- DGR n. 600/2017 avente ad oggetto: "Attuazione articolo 47/bis della l.r. 9.04.2015, n. 11. Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell'articolo 9, c. 28 del D.L. 78/2010.Determinazioni";
- DGR n. 489 del 08.05.2017 avente ad oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2018-2020. Determinazioni";
- DGR N.902 del 28.07.2017 "Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni";
- DGR N.903 del 28.07.2017 "Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)";
- DGR n. 855 del 24.07.2017 avente ad oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2018-2020";
- DGR N. 971 del 10.09.2018 "Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo Modello Organizzativo";
- Regolamento Regionale 26.09.2018 n. 10 "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";
- DGR n. 1195 del 29.10.2018 avente ad oggetto: "Indirizzi vincolanti alle Aziende sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2019.

Inoltre si sono insediati nei primi mesi del 2018 i dodici Tavoli tematici istituiti nell'ambito del percorso di definizione del nuovo "Piano sanitario regionale 2018-2020" della Regione Umbria. Si tratta di realtà aperte al confronto, dedicate a varie materie come psichiatria, cure primarie e assistenza terzo livello territoriale, medicina d'iniziativa e malattie

croniche, disabilità e riabilitazione, dipendenze, cure palliative, prevenzione, rete ospedaliera, emergenza-urgenza, trapianti e sangue, tecnologie e telemedicina, ricerca e medicina di precisione, infanzia ed età evolutiva. La struttura organizzativa che ha il compito di redigere il nuovo Piano sanitario regionale 2018-2020 è composta, oltre che dai tavoli tematici aperti al confronto, da un comitato istituzionale, un comitato scientifico di rilievo nazionale, un comitato di redazione e uno di coordinamento. Tra gli obiettivi del nuovo Piano ci sono l'abbattimento delle liste di attesa, la realizzazione di una sanità di prossimità, il potenziamento della prevenzione, dei servizi territoriali e delle cure primarie, risposte più efficaci alla cronicità che oggi assorbe il 70 per cento delle risorse del Fondo sanitario nazionale, un maggiore sostegno alle persone più fragili, la riqualificazione della rete ospedaliera, una stretta sinergia con quanto previsto dal Piano regionale per la prevenzione e dal Piano sociale regionale già approvati. Tale Piano Sanitario Regionale non è stato ancora emesso anche se è stato dato l'avvio dell'operatività nel 2018. La normativa in merito è la seguente:

- DGR n. 489 dell'08.05.2017 avente ad oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2018-2020. Determinazioni".
- DGR n. 855 del 24.07.2017 avente ad oggetto: "Piano Sanitario Regionale 2018-2020. DGR 489/2017. Integrazione composizione Comitato Istituzionale".

• ***Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2019-2021***

Al momento della stesura del BEP 2019 non risultavano ancora assegnati al Direttore Generale obiettivi specifici, fatti salvi quelli di bilancio dettati dagli indirizzi stessi e quelli connessi con gli atti di pianificazione regionale di cui al punto precedente.

Per tale motivo nel BEP 2019 sono stati presi in considerazione altresì gli obiettivi proposti al Direttore Generale per l'anno 2018 contenuti nella DGR n. 433 del 3/5/2018 "Assegnazione obiettivi ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali per l'anno 2018. Determinazioni", alla data odierna non ancora negoziati.

Nel Bilancio di Previsione anno 2019, adottato con DDG n. 1787 del 13.12.2018, sono state individuate le risorse da impiegare per le azioni volte alla soddisfazione dei bisogni espressi dalla popolazione assistita e dagli stakeholder.

La programmazione strategica per l'anno 2019 si completa prendendo ponendo attenzione alle linee di pianificazione nazionale e regionale e agli atti di programmazione adottati in azienda. Gli obiettivi specifici, pertanto, per la programmazione 2019 riguardano sia i processi sanitari che i processi di supporto tecnico/amministrativo.

Per il triennio 2019-2021 si tiene conto di quanto già avviato con il BEP 2018 e 2019 e il Piano delle Performance dell'anno 2018 e si definiscono gli obiettivi e le azioni per le aree strategiche individuandoli in sub-aree strategiche.

Di seguito si elencano anche i processi di sviluppo e le progettazioni che impegneranno l'azienda per il triennio 2019-2021.

PROGETTI DI RILIEVO	
PROGETTO	FINALITA'
Progetto "SASS- La gestione dell'anziano fragile proveniente dalle aree terremotate"	Sorveglianza e monitoraggio delle condizioni e dei bisogni assistenziali degli anziani provenienti dalle zone terremotate. Classificazione dell'efficacia degli interventi.
Progetto "Tutela della qualità della vita, dell'autonomia e della partecipazione delle persone con disabilità nelle aree terremotate in Umbria attraverso le tecnologie assistive, gli adattamenti abitativi e gli interventi riabilitativi"	Tutelare la qualità della vita, l'autonomia, la partecipazione e dell'inclusione delle persone con disabilità nelle aree terremotate in Umbria attraverso le tecnologie assistive, gli adattamenti abitativi e gli interventi riabilitativi, sia in termini di risposte immediate, sia nel breve e lungo periodo nel nuovo contesto abitativo e di vita dei Villaggi.
PROGETTO "PUZZLE" - Interventi per il potenziamento dell'accoglienza in Umbria Fondo Asilo Migrazione ed Integrazione (FAMI) - Obiettivo Specifico: 2.Integrazione / Migrazione legale e Obiettivo Nazionale: 3 Capacity building - lett. j) Governance dei	Interventi di mediazione linguistico culturale in ambito sanitario per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale con esigenze particolari (nell'area del disagio psichico, del rischio connesso all'abuso di sostanze psico-attive, dell'assistenza

servizi, beneficiario capofila Prefettura UTG di Perugia	materno infantile, del trattamento delle malattie infettive).
Progetto Sviluppo Facoltà Genitoriali	Formazione nel campo preventivo, del bilancio psicologico e dell'intervento clinico, sociale e psicoeducativo, sotto il profilo teorico e metodologico, relativamente ai disagi ed alla psicopatologia del bambino e/o delle relazioni che stabilisce con le figure di riferimento.
Progetto Costi Standard	Adesione al progetto già avviato in altre realtà nazionali per verificare i costi aziendali rispetto ai costi standard delle prestazioni sanitarie.
Progetto Revisione delle Procedure Aziendali di Pulizia e disinfezione	Usare le corrette procedure – a prescindere che si tratti di aree a basso, medio o alto rischio – e assicurare le operazioni di controllo congrue a garantire un ambiente libero da microorganismi e igienizzato.
Progetto Controllo delle infezioni ospedaliere	Applicazione, da parte delle strutture ospedaliere, di misure di sorveglianza e di controllo il cui obiettivo finale è la riduzione del rischio di acquisire infezioni ospedaliere.
Progetto di integrazione ospedale territorio	Applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali, sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), della Centrale Operativa Territoriale (COT) e sviluppo del Piano Regionale per la Cronicità.
Progetto Reingegnerizzazione del percorso chirurgico e del funzionamento dei blocchi operatori	Implementare un nuovo modello organizzativo, definendone i criteri di scelta per la redistribuzione dell'attività chirurgica programmata, secondo i metodi definiti, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali in termini di incremento del servizio offerto, aumento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni.
Progetto Attuazione di politiche di HTA per la previsione di investimenti in tecnologie sanitarie	Promozione di attività stabili a livello aziendale di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment) e valutazione del rinnovo e adeguamento delle alte tecnologie.

<p>Progetto Attuazione di politiche di miglioramento della comunicazione aziendale e interistituzionale</p>	<p>Implementazione e potenziamento delle diverse forme di comunicazione che possano migliorare il dialogo dell'Azienda con i cittadini, con gli stakeholder e tra gli stessi dipendenti, non sottovalutando il potenziale comunicativo rappresentato dai social e dalle diverse forme di comunicazione digitale.</p>
<p>Progetto Analisi dello stress lavoro correlato ed attuazione di politiche per il benessere organizzativo</p>	<p>Valutazione del rischio Stress Lavoro Correlato e attuazione degli interventi per la promozione del benessere organizzativo e della validazione delle buone prassi.</p>
<p>Progetto di studio epidemiologico per la valutazione dell'impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute degli abitanti della Conca Ternana, anche In riferimento e in ottemperanza a quanto disposto dalla D.G.R. N. 259 del 13.03.2017 - punti 1 e 2</p>	<p>Produrre rapporti condivisi sugli effetti dei principali inquinanti sulla salute della popolazione della Conca Ternana.</p>

In ultimo, per il triennio 2019-2021, andrà tenuto in considerazione quanto connesso agli eventi sismici che hanno caratterizzato la chiusura dell'anno 2016 e che hanno coinvolto in maniera importante e diretta il territorio della Valnerina e, in maniera indiretta, gli altri territori aziendali determinando una variazione nell'offerta e nella programmazione dei servizi e delle attività.

Indice

- **PARTE PRIMA**

- Chi siamo
 - Articolazione dell'USL Umbria n. 2
 - Assetto Organizzativo Aziendale

- **PARTE SECONDA**

- Il Contesto Esterno
 - Analisi Demografica
 - Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente
 - Framework economico del servizio sanitario nazionale e regionale
- Il Contesto Interno
 - Le risorse umane
 - Principali dati economico finanziari
 - I servizi sanitari erogati

- **PARTE TERZA**

- Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2019-2021

- **PARTE QUARTA**

- Ciclo di gestione della performance
 - Il processo seguito e le azioni di miglioramento del ciclo di gestione della performance
 - Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano
 - Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
 - La misurazione e valutazione della performance
 - Obiettivi operativi assegnati al personale
 - Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance
 - Collegamento del Piano della Performance con il Programma per la trasparenza e l'integrità e con il Piano della prevenzione della corruzione

Considerazioni conclusive

PARTE PRIMA



Chi siamo

Articolazione dell'USL Umbria n. 2

- L'Azienda Sanitaria Locale USL Umbria n. 2 è stata istituita con la Legge Regionale n. 18/2012, legge confluita successivamente nel Testo Unico 9 aprile 2015 n. 11, che riunisce le disposizioni di legge regionali in materia di Sanità e Servizi Sociali.
- L'USL Umbria n. 2, dal 1 gennaio 2013, è subentrata alle Aziende sanitarie locali n. 3 e n. 4 dell'Umbria.
- L'USL Umbria n. 2 è un'Azienda dotata di personalità giuridica e provvede ad assicurare i livelli essenziali uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale.
- Il sito internet istituzionale è il seguente: <http://www.uslumbria2.it/>
- Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



La USL Umbria n. 2 in cifre

DATI GENERALI	NUMERO
Popolazione servita	382.575
Comuni serviti	54
Densità per Km ²	92,14
Superficie Km ²	4.152
Costi della produzione (previsione 2019)	717.091.918
Valore della produzione (previsione 2019)	732.211.540
Personale dipendente 01.01.2018	3.769
Personale convenzionato 01.01.2018	722
Ore di formazione	3.357,4
Dipartimenti	11
Strutture complesse	71
Strutture semplici	121
Distretti	6
Strutture a gestione diretta	195
Strutture a gestione indiretta	121
Costo farmaceutica convenzionata (preconsuntivo 2018)	55.562.213,39
Costo farmaceutica per acquisti diretti (preconsuntivo 2018)	70.633.513,97
Costo assistenza protesica (preconsuntivo 2018)	4.905.266,27
Costo assistenza integrativa (preconsuntivo 2018)	11.905.091,54
Presidi ospedalieri	4
Ospedali	10
Posti letto	907
Ricoveri (proiezione anno 2018)	33.479
Totale utenti al Pronto Soccorso (proiezione anno 2018)	122.740
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per Distretto e branca (proiezione anno 2018)	1.546.359
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai P.O. (proiezione anno 2018)	3.341.155

L'Azienda opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media¹ di 92,14 abitanti per Km² ed è organizzata nei seguenti 6 Distretti:

- Distretto di Terni
- Distretto di Foligno
- Distretto di Narni - Amelia
- Distretto di Spoleto
- Distretto di Orvieto
- Distretto Valnerina

¹ Fonte ISTAT 01/01/2018

L'Azienda opera mediante 4 Presidi ospedalieri a gestione diretta, 1 casa di cura convenzionata ed 1 struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni.

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta sono:

- Presidio Ospedaliero di Foligno costituito da 2 stabilimenti (Foligno e Trevi)
- Presidio Ospedaliero di Spoleto costituito da 3 stabilimenti (Spoleto, Norcia e Cascia)
- Presidio Ospedaliero di Orvieto
- Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia costituito da 3 stabilimenti (Narni, Amelia e Domus Gratiae).

La struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni è:

- SPDC Terni.

L'Azienda gestisce direttamente n. 907 posti letto.

L'USL Umbria n. 2 opera mediante 195 presidi non ospedalieri a gestione diretta e 121 strutture convenzionate, che erogano le diverse tipologie di assistenza.

Assetto Organizzativo aziendale

La struttura organizzativa aziendale è disciplinata dall'Atto Aziendale reperibile sul sito internet dell'Azienda <http://www.uslumbria2.it/>

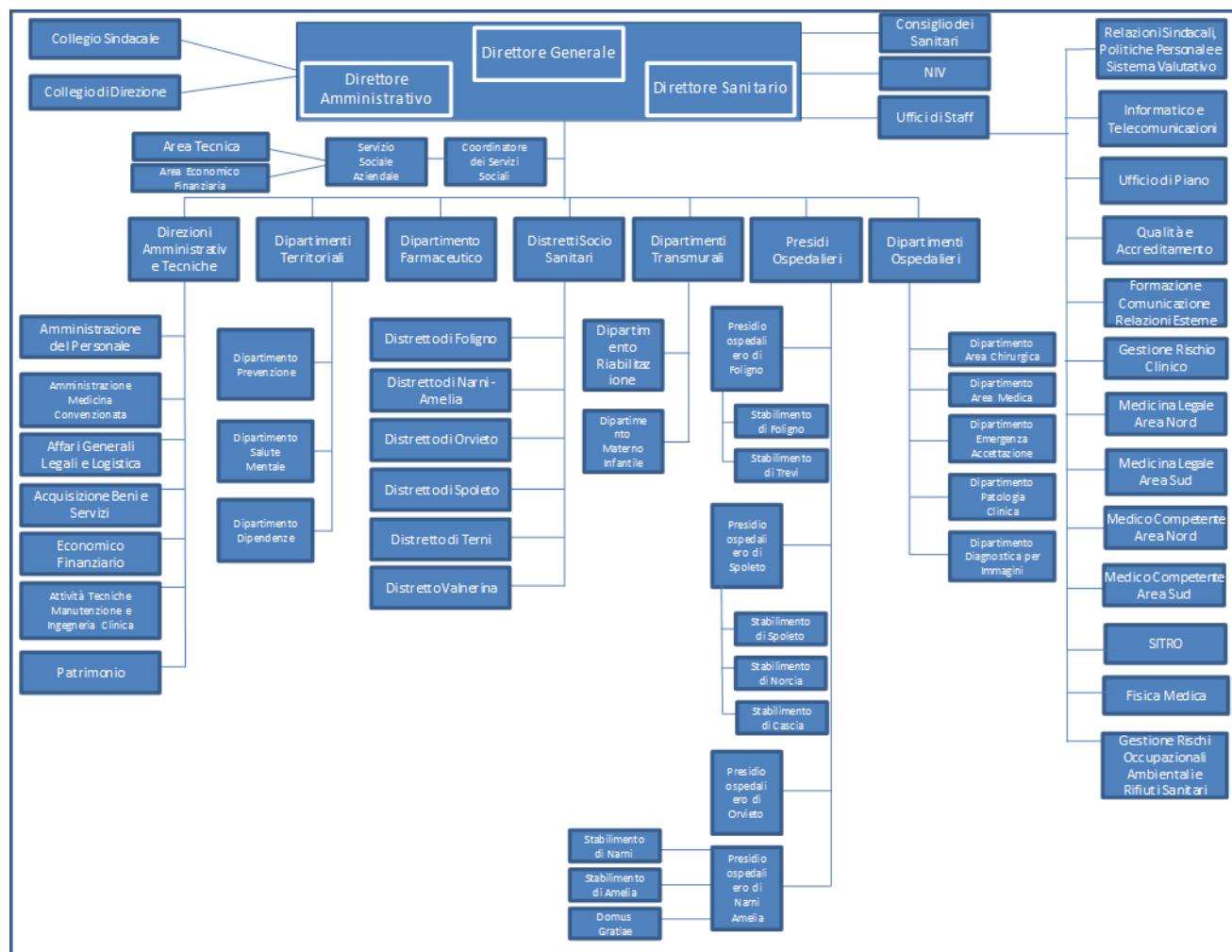
Gli organi aziendali sono:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Generale che esercita il governo strategico clinico ed economico finanziario.

L'USL Umbria n. 2 si articola in Servizi dell'Area centrale, Uffici di staff, Distretti, Presidi ospedalieri, Dipartimenti.

Organigramma aziendale



PARTE SECONDA

Il Contesto Esterno

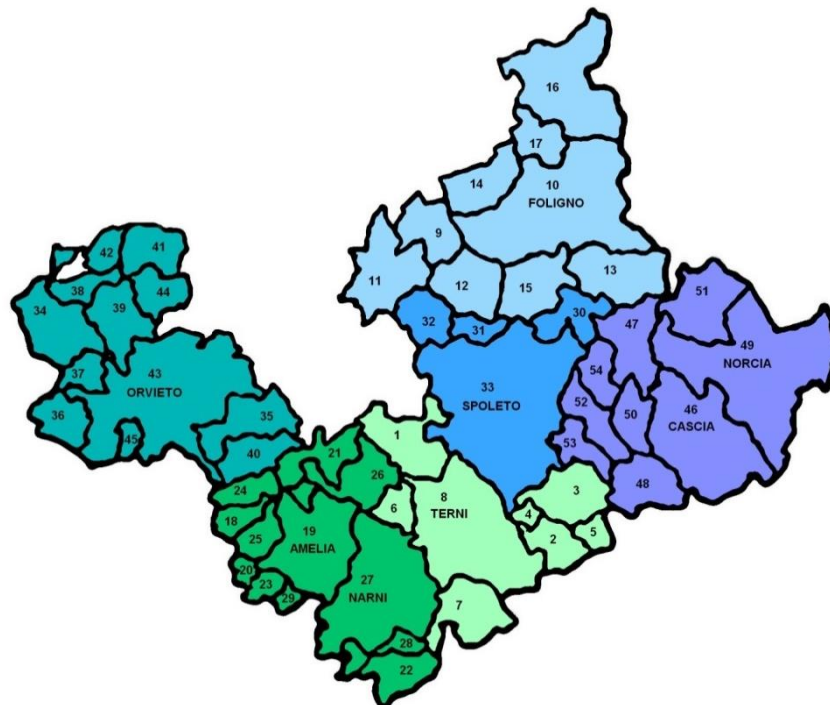
Il Contesto Interno

Il Contesto Esterno

- Analisi demografica
- Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente - flussi di mobilità
- Framework economico del sistema sanitario nazionale e regionale

Analisi demografica

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media di 92,14 abitanti per Km². ²



La popolazione complessiva assistita dall'Azienda Umbria n. 2 è pari a 382.575 abitanti.

² (Fonte: dati Istat al 01/01/2018)

La distribuzione della popolazione per fasce di età, nel periodo 2014-2018, è la seguente:

	Fascia d'età (anni)								USL Umbria n. 2	
	0-14		15-64		65-74		>74			
2018	45.830	11,98%	235.000	61,43%	47.334	12,37%	54.411	14,22%	382.575	100,00%
2017	46.701	12,14%	236.374	61,44%	47.273	12,29%	54.405	14,14%	384.753	100,00%
2016	47.304	12,25%	237.891	61,60%	47.046	12,18%	53.974	13,97%	386.215	100,00%
2015	48.207	12,40%	239.925	61,70%	47.171	12,13%	53.547	13,77%	388.850	100,00%
2014	48.592	12,47%	241.756	62,03%	46.838	12,02%	52.557	13,49%	389.743	100,00%

Fonte: ISTAT

L'indice di invecchiamento mostra come il 26,59% della popolazione aziendale presenti un'età superiore ai 65 anni, con un valore in leggero ma costante aumento dal 2014 al 2018.

L'indice di vecchiaia si attesta ad un valore di 222,01% nel 2018, progredendo nel corso degli anni.

L'indice di carico sociale è anch'esso in crescita nel periodo considerato.

L'indice di dipendenza giovanile, con tendenza in calo, si attesta nel 2018 ad un valore del 19,50%.

L'indice di dipendenza senile, con tendenza in crescita, si attesta nel 2018 al 43,30%.

USL Umbria n. 2	INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0- 14 anni)	INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15- 64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
2018	26,59%	222,01%	62,80%	19,50%	43,30%
2017	26,43%	217,72%	62,77%	19,76%	43,02%
2016	26,15%	213,56%	62,35%	19,89%	42,47%
2015	25,90%	208,93%	62,07%	20,09%	41,98%
2014	25,50%	204,55%	61,21%	20,10%	41,11%

Fonte: ISTAT

Analisi della domanda e dell'offerta dei servizi alla popolazione residente –flussi di mobilità

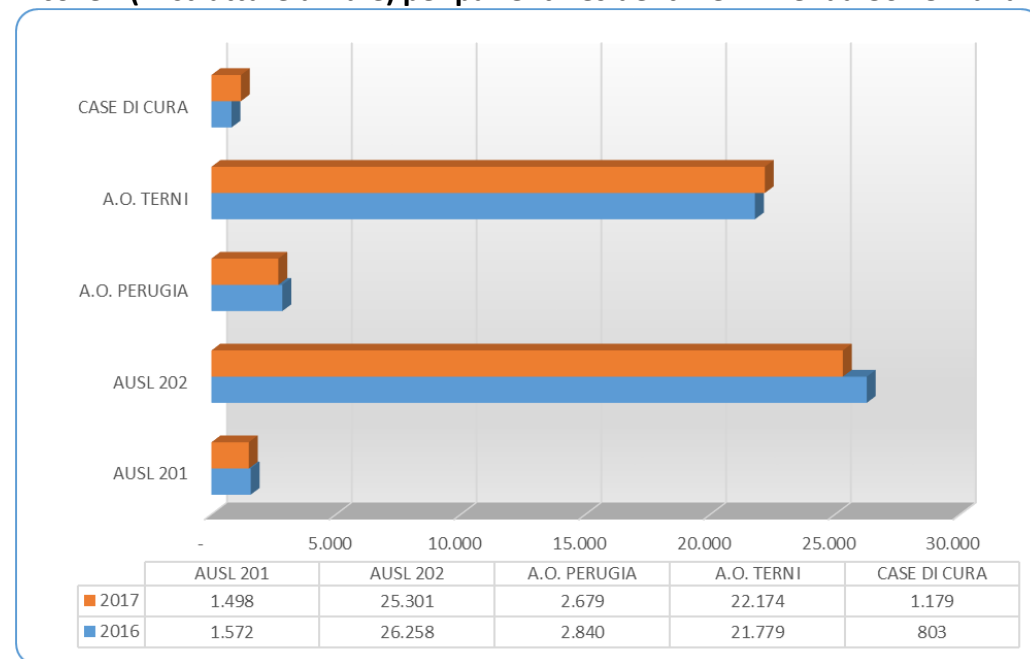
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

Nell'anno 2017 i ricoveri (acuti e di riabilitazione) erogati dall'Azienda USL Umbria n. 2 a pazienti residenti nello stesso territorio sono stati complessivamente 25.301.

L'attività di ricovero erogata direttamente dall'Azienda USL Umbria n. 2 per i propri residenti è stata pari al 47,89%, seguita da quella dell'Azienda Ospedaliera di Terni con il 41,97%, che comprende i DRG di alta specialità.

Il grafico seguente mostra l'andamento dei ricoveri per residenti dell'Azienda USL Umbria n. 2 nelle varie Aziende regionali e nella stessa USL n. 2.

Ricoveri (in strutture umbre) per pazienti residenti nell'Azienda USL Umbria 2. Anni 2016-2017



Framework Economico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

Salvaguardare un sistema sanitario regionale pubblico ed universalistico per tutti i cittadini, innovandolo e cambiandolo per renderlo economicamente sostenibile, non è una sfida semplice per il sistema sanitario nazionale e regionale, in un contesto dove crescono la “domanda di sanità” - soprattutto per l’aumento delle patologie cronic-degenerative legate all’invecchiamento della popolazione, l’utilizzo di nuove tecnologie e di farmaci ad alto costo e l’incremento della complessità dei setting assistenziali - mentre si contraggono le risorse del Fondo Sanitario Nazionale.

La legge 11 dicembre 2016 n. 232 (legge di bilancio 2017) all’art. 1, comma 392, indica il fabbisogno sanitario standard per il servizio sanitario nazionale per l’anno 2019 in complessivi 115.000 milioni di euro, con un incremento di 1 miliardo rispetto a quello iniziale del 2018. Il suddetto fabbisogno ha già subito una decurtazione di 604 milioni in relazione ai mancati tagli nei confronti delle Regioni a statuto speciale per le quali la sentenza della corte costituzionale n. 103 del 23/5/2018 prevede il reintegro, pertanto, nelle more di uno specifico percorso Governo/Regioni a statuto speciale, viene rideterminato in 114.396 milioni di euro. Si sottolinea inoltre che il livello di finanziamento statale viene comunque sempre determinato salvo eventuali modifiche, in riduzione, che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico.

Il testo della Legge di Bilancio 2019, che ha iniziato l’iter di approvazione e che è stato inviato al Quirinale, sembrerebbe presentare buone prospettive per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard 2019-2021, qualora la norma non subisca modifiche, infatti, sarebbe confermato il miliardo di incremento già assegnato per il 2019 dalla precedente legislatura e previsto un aumento di 2 miliardi di euro nel 2020 e di 1,5 miliardi nel 2021, per un incremento complessivo di 4,5 miliardi di euro nel triennio. Le risorse assegnate per il 2020 e per il 2021 sarebbero subordinate alla stipula, entro il 31 gennaio 2019, di una Intesa Stato-Regioni per il Patto della Salute 2019-2021 che contempra varie “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”.

L'Umbria si conferma anche quest'anno (come avviene ininterrottamente dal 2011) **tra le tre Regioni italiane "benchmark"** per la definizione dei costi medi standard in sanità, al fine della determinazione delle quote di riparto del Fondo sanitario regionale.

La conferma dell'Umbria quale Regione 'benchmark' in sanità rappresenta l'ulteriore attestazione della qualità del servizio sanitario regionale, sia per ciò che riguarda l'organizzazione e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia per gli aspetti economici e gestionali del sistema.

La Giunta Regionale, con Deliberazione del 29.10.2018 n. 1195, ha individuato gli indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2019. Le risorse indistinte e vincolate da destinare al finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, per l'anno 2019, sono rappresentate nell'allegata Tabella n. 1, di seguito riportata.

Tabella n. 1			
DISPONIBILITA' FINANZIARIE DEL SSR ANNO 2019			
AZIENDE SANITARIE	RISORSE FINANZIARIE ANNO 2019	di cui FONDO SANITARIO INDISTINTO	di cui FONDO SANITARIO VINCOLATO
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	804.596.160	793.346.160	11.250.000
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	666.995.302	659.095.302	7.900.000
TOTALE AZIENDE U.S.L.	1.471.591.462	1.452.441.462	19.150.000
Azienda Ospedaliera PERUGIA	69.600.122	66.300.122	3.300.000
Azienda Ospedaliera TERNI	48.277.014	45.227.014	3.050.000
TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE	117.877.136	111.527.136	6.350.000
TOTALE REGIONE	1.589.468.598	1.563.968.598	25.500.000

Il Contesto Interno

- Le risorse umane
- Principali dati economico finanziari
- I servizi sanitari erogati

Le risorse umane³

La dotazione di personale dipendente al 1/1/2018 risulta pari a 3.769 unità, di cui 3.432 (91,06%) a tempo indeterminato e 337 (8,94%) a tempo determinato.³

FIGURE PROFESSIONALI	N. unità a tempo indeterminato	N. unità a tempo determinato	Totale
Dirigenza Medica	665	82	747
Dirigenza Sanitaria	80	4	84
Personale Infermieristico	1.428	181	1.609
Altro Personale Ruolo Sanitario	406	38	444
Totale Ruolo Sanitario	2.579	305	2.884
Dirigenza Professionale	5	0	5
Comparto Ruolo Professionale	2	0	2
Totale Ruolo Professionale	7	0	7
Dirigenza Tecnica	0	0	0
Comparto Ruolo Tecnico	580	22	602
Totale Ruolo Tecnico	580	22	602
Dirigenza Amministrativa	1	6	7
Comparto Ruolo Amministrativo	265	4	269
Totale Ruolo Amministrativo	266	10	276
TOTALE GENERALE	3.432	337	3.769

³ Fonte Servizio Amministrazione del Personale

ANALISI CARATTERI QUALITATIVI/QUANTITATIVI DELLE RISORSE UMANE

Età media del Personale (anni)	49
Età media dei dirigenti (anni)	53
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2013-2014	0,38
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2014-2015	0,27
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2015-2016	0,55
Tasso di crescita unità di personale negli anni 2016-2017	0.15
% di dipendenti in possesso di laurea al 31.12.2015	29%
% di dirigenti in possesso di laurea al 31.12.2015	100%
Ore di formazione (media per dipendente)	1,70
Turnover del personale	9%
Costi di formazione/spese del personale	€ 2.007.959

L'Azienda garantisce la tutela della salute dei cittadini anche attraverso il personale convenzionato, in particolare attraverso la rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, figure integranti ed essenziali dell'organizzazione sanitaria complessiva che partecipano allo svolgimento dell'attività sanitaria in conformità a quanto disposto dalla Convenzione Nazionale, dagli accordi regionali e da protocolli operativi stipulati con l'Azienda a livello locale.

La USL Umbria n. 2 ha affidato inoltre alle proprie società strumentali in house Umbria Salute e Leonardo s.r.l. i servizi CUP/Cassa e alcune attività di supporto tecnico-amministrativo. Collaborano quindi con il personale dipendente dell'Azienda altre unità di personale messe a disposizione dalle suddette società in house.

La USL Umbria 2 in applicazione delle disposizioni contenute nel DM 08/05/2018 e della DGR 939/2018 ha proceduto all'applicazione in via definitiva del PTFP con delibera n. 81/2019. Il fabbisogno è stato elaborato coerentemente con le linee di sviluppo strategiche dei servizi tenendo conto della dotazione organica di riferimento alla data del 31/12/2017 e quindi delle esigenze dettate dalla domanda di prestazioni. Il PTFP ha portato pertanto ad una rivisitazione della distribuzione di personale all'interno dei vari ruoli fermo restando il dato numerico complessivo della dotazione organica. Il PTFP è rispettoso

dei vincoli finanziari imposti dalla vigente normativa. L'attivazione del PTFP consentirà una gestione flessibile e razionale del personale in rapporto all'andamento della spesa che verrà puntualmente monitorata.

Nelle tabelle che seguono si riportano gli indicatori sul benessere organizzativo e sull'analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni sui dati del personale in servizio al 31 dicembre 2016.

Analisi Benessere organizzativo	
Indicatori	Valore
Tasso di assenza	23,99%
Tasso di dimissioni premature	2%
Tasso di richieste di trasferimento	/
Tasso di infortuni	4,50%
Stipendio medio percepito dai dipendenti	€ 25.903
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno	1,87%

Analisi di genere		
Indicatori		Valore
% di dirigenti donne		11,50%
% di donne rispetto al totale del personale		67,43%
Stipendio medio percepito dal personale femminile:	personale dirigente	€ 40.320
	personale non dirigente	€ 20.253
% di personale donna assunto a tempo indeterminato nell'anno (% calcolata sul totale degli assunti nell'anno)		63,77%
Età media del personale femminile	personale dirigente	50
	personale non dirigente	48
% donne laureate rispetto al totale personale femminile		24%

Sviluppo delle competenze

Il numero di eventi formativi del 2018 e dei partecipanti che la tabella sottostante evidenzia, testimoniano il consolidato e forte impegno dell'Azienda a promuovere il “capitale umano”, risorsa strategica fondamentale per assolvere alla sua mission, per dare risposte di qualità ai cittadini e per motivare ed incrementare il senso di appartenenza dei professionisti.

Formazione del personale	Numero Corsi	Numero partecipanti	Ore di formazione erogate	Crediti totali	Percentuale gradimento
Totale	121/357 Edizioni	9.507	3.357,4	5.032	96,53%

Come previsto dalle Convenzioni stipulate dall'Azienda il Servizio Formazione Aziendale garantisce l'aggiornamento anche per i Medici di Medicina Generale e per i Pediatri di Libera Scelta per 40 ore annuali ognuno.

Il minore numero di ore di formazione erogate rispetto al 2017 (3.627 ore) è conseguenza dell'annullamento, condiviso con la Direzione Aziendale, di alcuni corsi a causa della mancanza di aule, a seguito dell'evento terremoto.

Qualità e Sicurezza delle cure

L'attenzione rivolta negli ultimi anni al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari ed alla sicurezza delle cure trova la sua concretizzazione nella normativa di riferimento nazionale e regionale sull'accreditamento delle strutture sanitarie.

A tal fine l'Azienda segue il percorso di accreditamento così come previsto dal modello regionale umbro, che si sviluppa focalizzando l'attenzione sui contenuti sanitari prendendo a riferimento le più importanti esperienze internazionali e applicandole alle Aziende Sanitarie.

I requisiti dettati dalla Regione Umbria per l'Accreditamento Istituzionale sono orientati allo sviluppo di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), teso al miglioramento continuo dell'efficienza, dell'efficacia interna e sicurezza delle cure, operando in una prospettiva di integrazione delle articolazioni delle strutture aziendali, dei processi assistenziali e gestionali e delle diverse dimensioni delle loro performance.

Nel tempo il processo di certificazione e accreditamento dei servizi e strutture sanitarie ha coinvolto nel processo di gestione in logica qualità sempre più strutture e servizi, favorendo costantemente l'integrazione tra i vari territori e dando sempre più un respiro di gestione aziendale.

Gli ambiti di attenzione su cui ci si è focalizzati per la progettazione del Sistema di Gestione in logica Qualità per l'Accreditamento istituzionale e la certificazione ISO 9001, all'interno della Azienda sanitaria sono:

- definire e mappare i processi gestionali, sanitari e i percorsi assistenziali
- definire gli obiettivi dei processi e gli specifici indicatori
- definire le regole che devono governare i processi e i percorsi attraverso la redazione di procedure e applicazione di protocolli clinici, linee guida e raccomandazioni ministeriali
- assicurare la formazione necessaria e valorizzare la professionalità della risorsa umana
- monitorare la completezza e la qualità della documentazione sanitaria
- creare la capacità di comunicare e distribuire le informazioni necessarie a svolgere le attività all'interno del personale operante
- creare la capacità di comunicare e distribuire le informazioni necessarie ai cittadini
- attivare il miglioramento continuo attraverso la misura sistematica degli indicatori e correggere le criticità
- attivare il monitoraggio della qualità percepita dai cittadini.

Altro elemento qualificante delle azioni strategiche di integrazione nuova della Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 è stato il processo di rivisitazione della cartella clinica e di tutta la documentazione comprovante l'attività sanitaria, procedendo ad una sua uniformità all'interno di tutte le strutture sanitarie aziendali.

A titolo di esempio della grande attenzione rivolta negli ultimi anni al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dai servizi sanitari ed alla sicurezza delle cure, si cita il Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica. Tale Servizio, oltre ad

avere periodicamente confermata la certificazione e l'accreditamento nell'ambito del sistema qualità, ha partecipato e superato i seguenti controlli interregionali e nazionali:

- controllo di qualità nazionale per la determinazione delle mutazioni EGFR nel carcinoma polmonare (ottobre 2013);
- controllo di qualità interregionale per la valutazione di HER2 con metodiche di ibridazione in situ su carcinoma mammario (settembre 2013);
- controllo di qualità interregionale per la valutazione di HER2 con metodiche di ibridazione in situ su carcinoma mammario (2014);
- controllo di qualità nazionale per la valutazione delle mutazioni di BRAF nel melanoma (2014);
- controllo di qualità nazionale per la determinazione delle mutazioni di biomarcatori nel melanoma metastatico (dicembre 2016).

Grazie all'introduzione di metodiche di biologia molecolare sono stati raggiunti standard di eccellenza nel profilo diagnostico di alcune neoplasie quali il carcinoma della mammella, il carcinoma del colon-retto ed il carcinoma del polmone. Nel 100% dei casi di carcinoma della mammella vengono eseguite oltre alle determinazioni dei recettori ormonali e dell'indice di replicazione cellulare (Ki 67), la ricerca dell'HER2-neu sia con metodiche immunoistochimiche (hercep test, approvato dalla FDA) sia con metodica FISH, come richiesto dai protocolli oncologici finalizzati alla somministrazione del farmaco trastuzumab o suoi derivati. Per meglio modulare il trattamento nei carcinomi del polmone, anche alla luce dei nuovi farmaci immunoterapici, si procede alla ricerca di mutazioni dell'EGFR e del PDL1, e nei carcinomi del colon-retto alla ricerca di mutazioni del K-ras. Tutte le neoplasie vengono studiate mediante l'utilizzo di numerosi anticorpi monoclonali.

Tale tecnologia ha permesso inoltre di introdurre metodiche utili per selezionare tra i pazienti oncologici quelli idonei a ricevere immunoterapia.

La valorizzazione della biologia molecolare e la capacità di dare risposte in questo settore ha fatto sì che l'Ospedale di Foligno si potesse attestare come centro di riferimento, non solo in Umbria, nell'ambito della patologia oncologica.

Altro esempio qualificante di miglioramento della qualità è l'accreditamento professionale SIED della Struttura complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ospedale di Foligno (accreditata nel 2016 e tale accreditamento è stato rinnovato nel 2018) che ha superato brillantemente la verifica esterna di accreditamento professionale SIED, con la soddisfazione di tutte le parti interessate, professionisti, valutatori e direzione aziendale.

Il progetto di accreditamento SIED ha lo scopo di promuovere la qualità nei processi clinico-assistenziali nelle strutture di gastroscopia ed endoscopia e la formazione di validi professionisti in grado di garantire prestazioni sanitarie in grado di soddisfare i bisogni dei cittadini.

L'accREDITAMENTO professionale SIED promuove il miglioramento continuo della qualità della pratica clinica nel rispetto di specifici requisiti e criteri e si propone:

- miglioramento dei servizi offerti
- focus principale sugli aspetti scientifici/professionali e sulla organizzazione dei processi sanitari
- utilizzazione di requisiti (criteri) di qualità ampiamente riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale, periodicamente aggiornati
- impiego di Valutatori professionisti SIED, scelti con criteri di imparzialità e secondo il concetto di Revisione tra Pari
- rivalutazione e accreditamento periodico
- coinvolgimento di ANOTE (Associazione Nazionale degli Infermieri Operatori Tecniche Endoscopiche), che ha selezionato un gruppo di infermieri per affiancare SIED nel percorso di accreditamento.

Di seguito si illustra lo sviluppo che il sistema di gestione qualità ha avuto nel periodo 2007-2018.

Struttura	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lab. Analisi Foligno												
Lab. Analisi Spoleto												
Servizio Immuno-Trasfusionale												
Serv. Formazione Az.												
S.C. Radiologia Foligno												
Radiologia interventistica -Angiografia												
Radiologia Senologica – Screening mammografico -												
Neuroradiologia												
Serv. Farmacia Az.												
Anatomia e istologia Patologica aziendale												
S.S PET-TC- Medicina Nucleare												

Direz. Sanitaria Ospedale Spoleto													
Direz. Sanitaria Ospedale Foligno													
Serv. Acquisizione beni e servizi													
Programmazione e C. di G.													
Contabilità Generale													
S.C. Radiologia di Spoleto													
Fisica Medica													
Attività Tecniche Manut. – Ingegneria Clinica													
Unità Gravi Cerebro-Lesioni Acquisite													
S.C. Riabilitazione intensiva neuromotoria di Trevi													
SC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura -Foligno													
SC Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Foligno													
Hospice Spoleto													
Blocco Operatorio e SOPI Ospedale di Foligno													
Emodinamica													
Neurofisiopatologia													
SC Ortopedia e Traumatologia Foligno													
SC Chirurgia Generale Foligno													
SS Chirurgia Vascolare													
SS Chirurgia Toracica													
Sc Oculistico Foligno													
SS Riabilitazione Intensiva Osp. Cascia													
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Terni													
Unità Raccolta Sangue Aziendali -tutte													
RSA Spoleto													
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva Foligno													
Chirurgia Generale Orvieto													
Pediatria Foligno													

La sicurezza del paziente costituisce un principio fondamentale del diritto alla salute e la base per una buona assistenza sanitaria, è correlata alla qualità e ne rappresenta la dimensione più critica e deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche del Governo Clinico che consentano di porre la tematica della *patient safety* al centro dell'attenzione valorizzando al contempo il ruolo e le professionalità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

L'Azienda Usl Umbria n. 2, in applicazione della Legge n.24/ 2017 e, in accordo con la propria missione, programma e sviluppa le strategie di intervento e le iniziative per rendere sempre più efficaci e sicure le cure per i cittadini.

Al fine di implementare la cultura della sicurezza, ridurre il verificarsi degli eventi avversi prevenibili, promuovere le segnalazioni di incidenti e quasi-incidenti (*near misses*) per apprendere dall'esperienza, diminuire la probabilità che siano intraprese azioni legali da parte dei pazienti, viene definito annualmente il Piano di attività per la Gestione del Rischio Clinico (Delibera DG n. 593 del 19/04/2018). La collaborazione e l'impegno degli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali ha consentito l'attuazione degli interventi per la riduzione del rischio clinico ed il raggiungimento degli obiettivi definiti per la sicurezza delle cure per l'anno 2018.

In attuazione del Piano di Formazione 2018 sono stati realizzati cinque corsi con l'obiettivo formativo di sistema "La sicurezza del paziente e risk management".

I dati dell'*incident reporting* riferito al 2018 con 91 segnalazioni (n. 67 nel 2017) mostrano la stabilizzazione di un sistema di segnalazione e di apprendimento locale capace di analizzare e valutare i rischi presenti all'interno delle strutture sanitarie, di imparare dall'errore e dall'esperienza e di incrementare la cultura della sicurezza. Inoltre, hanno avuto luogo tre Safety Walk Round (SWR). Si è proseguito con la gestione ed il monitoraggio degli eventi sentinella in applicazione della Procedura aziendale e del Protocollo ministeriale. Per ogni evento si è svolto un processo di analisi volto all'identificazione dei fattori contribuenti e alla definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento. Nell'anno 2018 nella USL Umbria n. 2 sono stati segnalati 12 eventi avversi gravi e inseriti nel SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). Si è proseguito nell'applicazione delle buone pratiche per la prevenzione delle cadute dei pazienti e sono state segnalate 190 cadute. Al fine di ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza e promuovere l'uso responsabile degli antibiotici è stato adottato con Delibera DG n. 1757/2018 il Piano per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza 2018-2020, implementate e monitorate in tutti i Presidi ospedalieri le Procedure Generali "Igiene delle mani" e "Antibiotico profilassi perioperatoria".

Con lo scopo di prevenire gli errori in terapia farmacologica nel 2018 è stato aggiornato ed esteso il processo di informatizzazione della terapia farmacologica in tutti i presidi ospedalieri ed ampliato ulteriormente il sistema informatizzato log 80 per la gestione della terapia antineoplastica.

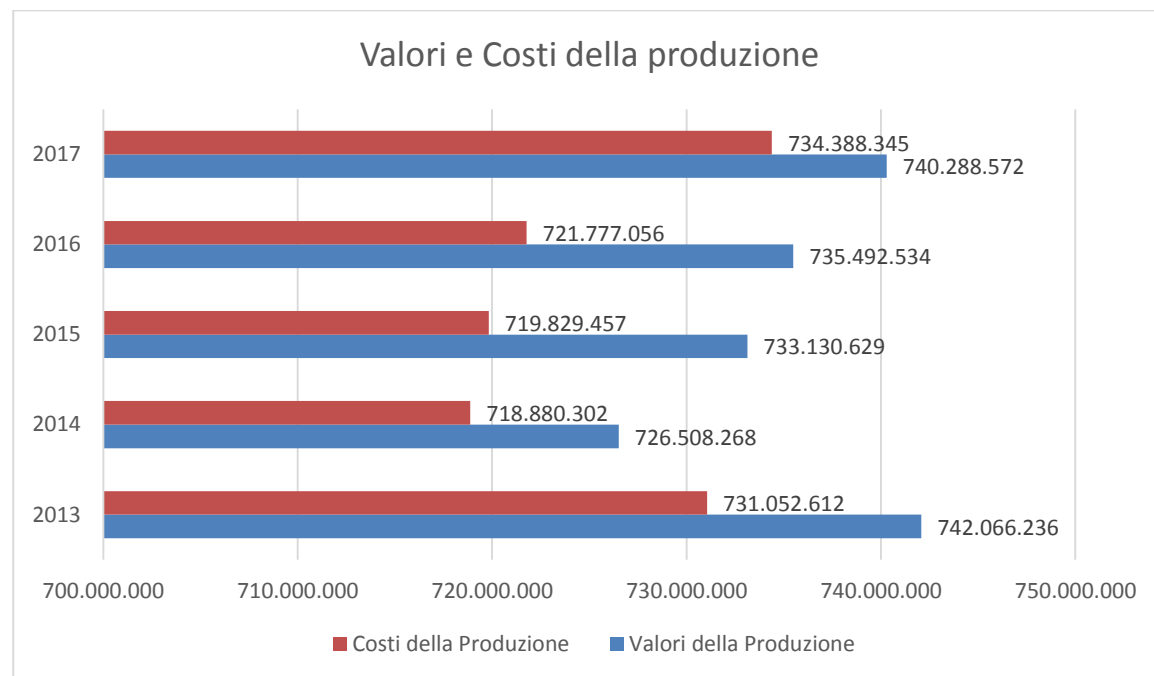
Principali dati economico finanziari

L'USL Umbria n. 2 elabora i propri bilanci in ottemperanza ai principi contabili per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nonché in osservanza della normativa contabile vigente.

Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2018. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017

DESCRIZIONE	2013	2014	2015	2016	2017
A) Valore della Produzione	742.066.236	726.508.268	733.130.629	735.492.534	740.288.572
B) Costi della Produzione	731.052.612	718.880.302	719.829.457	721.777.056	734.388.345
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	11.013.625	7.627.966	13.301.172	13.715.478	5.900.228
C) Proventi ed oneri finanziari	36.366	-18.471	-1.580	-2.260	-2.243
E) Proventi e oneri straordinari	3.531.419	6.416.280	1.530.055	2.897.417	8.515.797
Risultato prima delle imposte (A -B +/-C +/-D +/-E)	14.581.409	14.025.775	14.829.646	16.610.634	14.413.782,00
Imposte sul reddito	14.077.690	13.912.952	14.587.612	14.547.814	14.332.304
RISULTATO DI ESERCIZIO	503.719	112.822	242.034	2.062.820	81.478

Valori vs Costi della Produzione anni 2013-2017



Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2017 è pari a € 740.288.572, in aumento rispetto agli anni precedenti (2016-2015-2014) ed in diminuzione rispetto al 2013 (quattro anni precedenti).

L'aumento del valore della produzione dell'esercizio 2017 non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, che risultano in leggero aumento rispetto agli anni precedenti, mentre, rispetto all'anno 2013, i costi della produzione sono in diminuzione.

RISULTATO DI ESERCIZIO 2017

Il risultato di esercizio 2017, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio 2017: 81.478 euro).

Dati economici e finanziari - Anno 2017 (importi in migliaia)

Costi per livello di assistenza*	assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	30.393 (importo €/1000)
	assistenza distrettuale	420.465 (importo €/1000)
	assistenza ospedaliera	294.353 (importo €/1000)
Costi per il personale		189.005.934
Costi di produzione		734.388.345
Valore della produzione		740.288.572
Differenza tra valori e costi della produzione		5.900.228
Utile dell'esercizio		81.478

*Rispetto alle percentuali standard, la ripartizione delle risorse tra i 3 livelli essenziali di assistenza mostra uno spostamento dal Livello Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro e dal Livello Assistenza Ospedaliera a favore del Livello Assistenza Territoriale. Tale fenomeno va ricondotto al fatto che nel Livello Assistenza Distrettuale vengono computate anche le attività di medicina di iniziativa e di medicina legale specialistica, che sarebbero da ricondurre al Livello Prevenzione collettiva e sanità pubblica, alcune attività specifiche della prevenzione vengono garantite in strutture distrettuali e a prestazioni post-dimissione ospedaliere o pre-ricovero. Si evidenzia altresì un incremento del Livello Assistenza Territoriale dovuto ai nuovi farmaci per il trattamento dell'epatite C inseriti in classe A-PHT e distribuiti direttamente dalle strutture della nostra USL.

GLI INVESTIMENTI

L'Azienda USL Umbria n. 2 è dotata di un cospicuo patrimonio immobiliare il cui valore si avvicina a 300 milioni di euro ed è costituito da stabilimenti sede di DEA di 1° livello e da ospedali territoriali. Inoltre sono presenti strutture "territoriali" (Residenze Sanitarie Assistenziali, Poliambulatori, Distretti, Strutture per il disagio mentale, etc.) e da strutture con funzioni di supporto alle attività sanitarie (le sedi delle strutture tecnico-amministrative).

La scelta specifica degli investimenti, è stata definita dal:

- privilegiare l'adeguamento alle norme di sicurezza ed ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie;
- privilegiare gli interventi che, nel rispetto delle linee direttrici del Piano Sanitario Regionale, mirino all'adeguamento alle disposizioni normative – prevenzione incendi, vulnerabilità sismica, efficienza energetica.

Un grosso impegno è stato riservato agli investimenti tecnologici soprattutto per adeguare la strumentazione, con rinnovamento delle apparecchiature obsolete e per dotare le strutture di tecnologie e di strumenti idonei allo svolgimento delle attività clinico-sanitarie, per il miglioramento della qualità delle prestazioni e la sicurezza degli ambienti di lavoro e delle cure.

Con tali principi ispiratori è stato definito il piano investimenti triennale, che utilizzando fondi propri e fondi finalizzati ha previsto un programma di acquisti per diverse strutture aziendali.

I Servizi Sanitari erogati

L'USL Umbria n. 2 eroga le attività di pertinenza dei livelli essenziali di assistenza. Il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001 e definisce i nuovi LEA, che si riportano di seguito.

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

2. Assistenza distrettuale

- a) assistenza sanitaria di base:
 - lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
 - l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;

- l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie;
- le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;
- la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali;
- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;
- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
- la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;
- le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;
- l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali;

- continuità assistenziale;
- assistenza ai turisti;
- b) emergenza sanitaria territoriale:
 - gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato,
 - i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,
 - le attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR),
 - le attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalità fissate dalle regioni e province autonome;
- c) assistenza farmaceutica:
 - assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate;
 - assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri;
- d) assistenza integrativa:
 - erogazione di dispositivi medici monouso;
 - erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare;
 - erogazione di prodotti dietetici;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale:
 - cure domiciliari (cure domiciliari di livello base, cure domiciliari integrate - ADI - di I[^], II[^] e III[^] livello);
 - cure palliative domiciliari (livello base e livello specialistico);
 - assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie;
 - assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità;

- assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale:
 - assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario;
 - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti;
 - assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità;
 - assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche.

3. Assistenza ospedaliera

- a. pronto soccorso;
- b. ricovero ordinario per acuti;
- c. day surgery;
- d. day hospital;
- e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f. attività trasfusionali;
- g. attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h. centri antiveleni (CAV).

4. Assistenza specifica a particolari categorie

- assistenza agli invalidi;
- persone affette da malattie rare;
- persone affette da malattie croniche e invalidanti;
- persone affette da fibrosi cistica;
- nefropatici cronici in trattamento dialitico;

- persone affette da Morbo di Hansen;
- persone con infezione da HIV/AIDS;
- persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità;
- persone con disturbi dello spettro autistico;
- assistenza sanitaria all'estero;
- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale;
- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno.

Tutte le attività aziendali sono documentate nella relazione di attività e delle performance annuale cui si rimanda.

Va tenuta presente la nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (DPCM 12 gennaio 2017), che definisce il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, introduce la revisione dell'elenco delle malattie rare e croniche, introduce nuovi vaccini, amplia lo screening neonatale, inserisce l'endometriosi tra le patologie croniche e invalidanti, la celiachia diviene malattia cronica, viene recepita la legge n. 134 del 2015 in relazione all'autismo, cambia la normativa della procreazione medicalmente assistita le cui prestazioni fino ad ora erano erogate solo in regime di ricovero.

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

Il contesto sanitario è per sua natura complesso. Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performances ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive. Infatti, i risultati economico finanziari evidenziano solo la capacità di spesa, ma non la qualità dei servizi resi, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte.

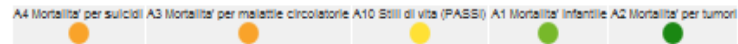
È pertanto fondamentale disporre di un sistema per la valutazione della performance multidimensionale capace di misurare i risultati ottenuti dalle aziende operanti nel sistema, di superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti facilitando il confronto e di attivare processi di miglioramento per apprendere ed innovare.

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali è stato attivato nel 2008 ed ha portato alla selezione di indicatori volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza.

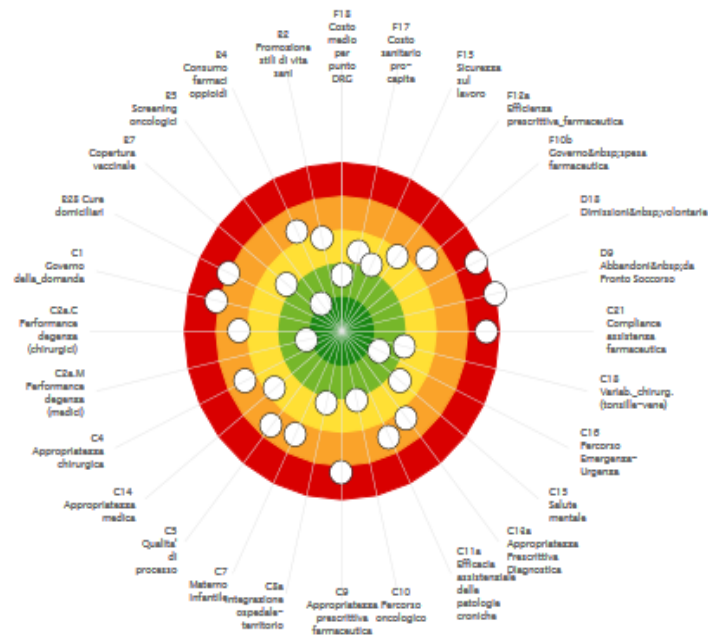
Di seguito il bersaglio aziendale del 2014, 2015, 2016 e 2017.

USL Umbria 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2010-2012

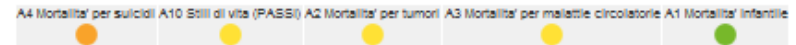


Bersaglio 2014

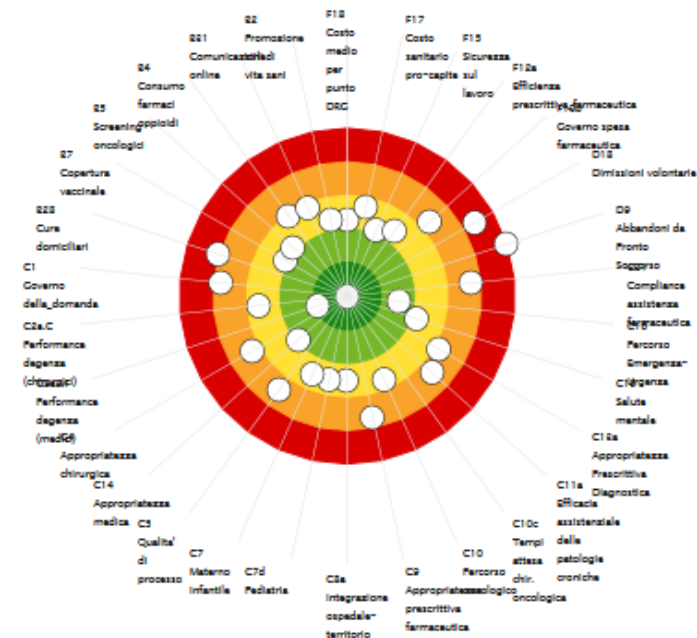


USL Umbria 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione. Anni 2011-2013



Bersaglio 2015

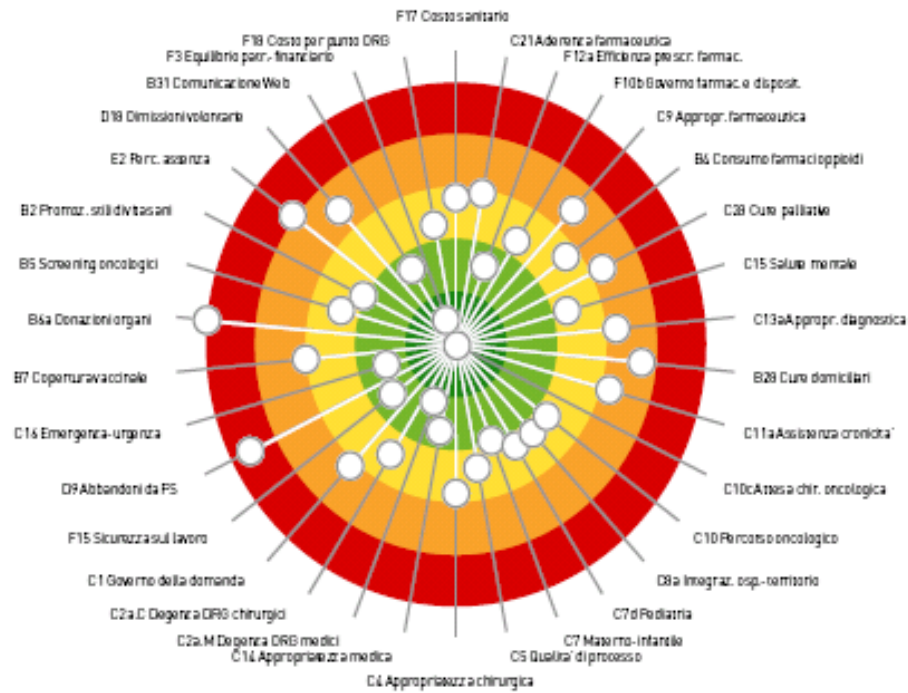


USL Umbria 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2012-2014)



Valutazione della performance 2016

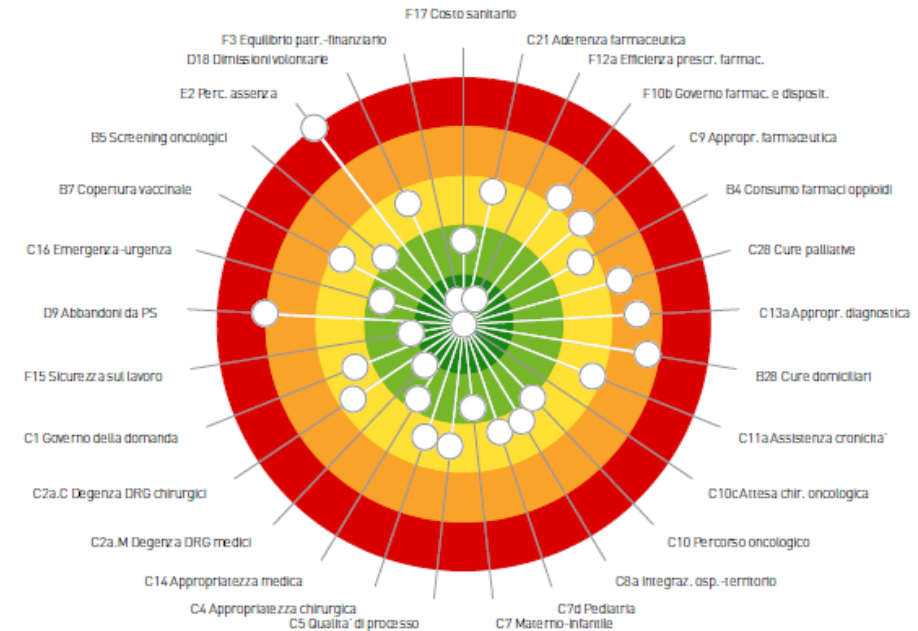


USL Umbria 2

Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)



Valutazione della performance 2017



PIANO NAZIONALE ESITI E TREEMAP

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari, come descritto al punto 2 dell'allegato alla deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio 2013.

Obiettivi principali del PNE sono:

- Valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (efficacy) di interventi sanitari per i quali non sono possibili/disponibili valutazioni sperimentali (RCT).
 - Valutare nuovi trattamenti/tecnologie per i quali non sono possibili studi sperimentali.
- Valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (effectiveness) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia.
 - Valutare la differenza tra l'efficacia dei trattamenti quando stimata in condizioni sperimentali rispetto a quella osservata nel "mondo reale" dei servizi ed il relativo impatto.
- Valutazione comparativa tra soggetti erogatori e/o tra professionisti.
 - Possibili applicazioni in termini di accreditamento, remunerazione, informazione dei cittadini/utenti, con pubblicazione dei risultati di esito di tutte le strutture per l'empowerment dei cittadini e delle loro associazioni nella scelta e nella valutazione dei servizi.
- Valutazione comparativa tra gruppi di popolazione (ad esempio, per livello socioeconomico, per residenza, ecc.).
 - Programmi di valutazione e promozione dell'equità.
- Individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano determinati esiti.
 - Stimare quali volumi minimi di attività sono associati ad esiti migliori delle cure e usare i volumi minimi come criterio di accreditamento.
- Auditing interno ed esterno.

Gli indicatori utilizzati da PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

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

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

I risultati del PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale.

Le misure del PNE sono, quindi, strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN; PNE non produce classifiche, graduatorie, pagelle, giudizi.

Nella sezione "Treemap", è possibile consultare le rappresentazioni grafiche del grado di aderenza agli standard di qualità delle strutture ospedaliere italiane. I grafici Treemap riportano il grado di aderenza agli standard di qualità per le seguenti aree cliniche: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare.

Treemap – Livelli di aderenza

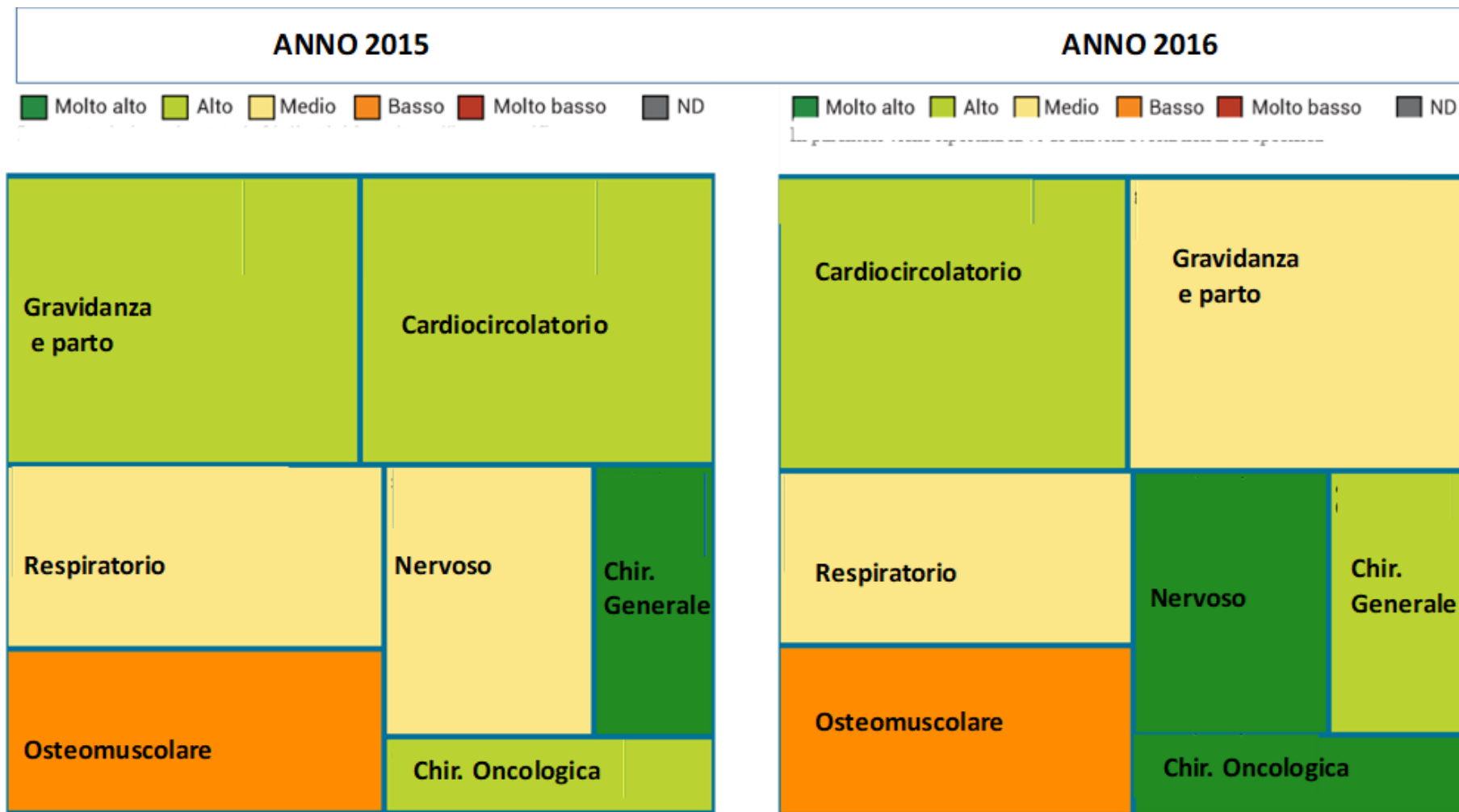
Livello di aderenza a standard di qualità



È possibile consultare anche il grafico con i risultati in dettaglio per singolo indicatore ("Vai al dettaglio"). Sono consultabili, inoltre, gli standard di qualità che definiscono le classi di valutazione per ciascun indicatore ("Standard di qualità") e la metodologia utilizzata per il calcolo dei punteggi per area clinica ("Definizioni e metodi").

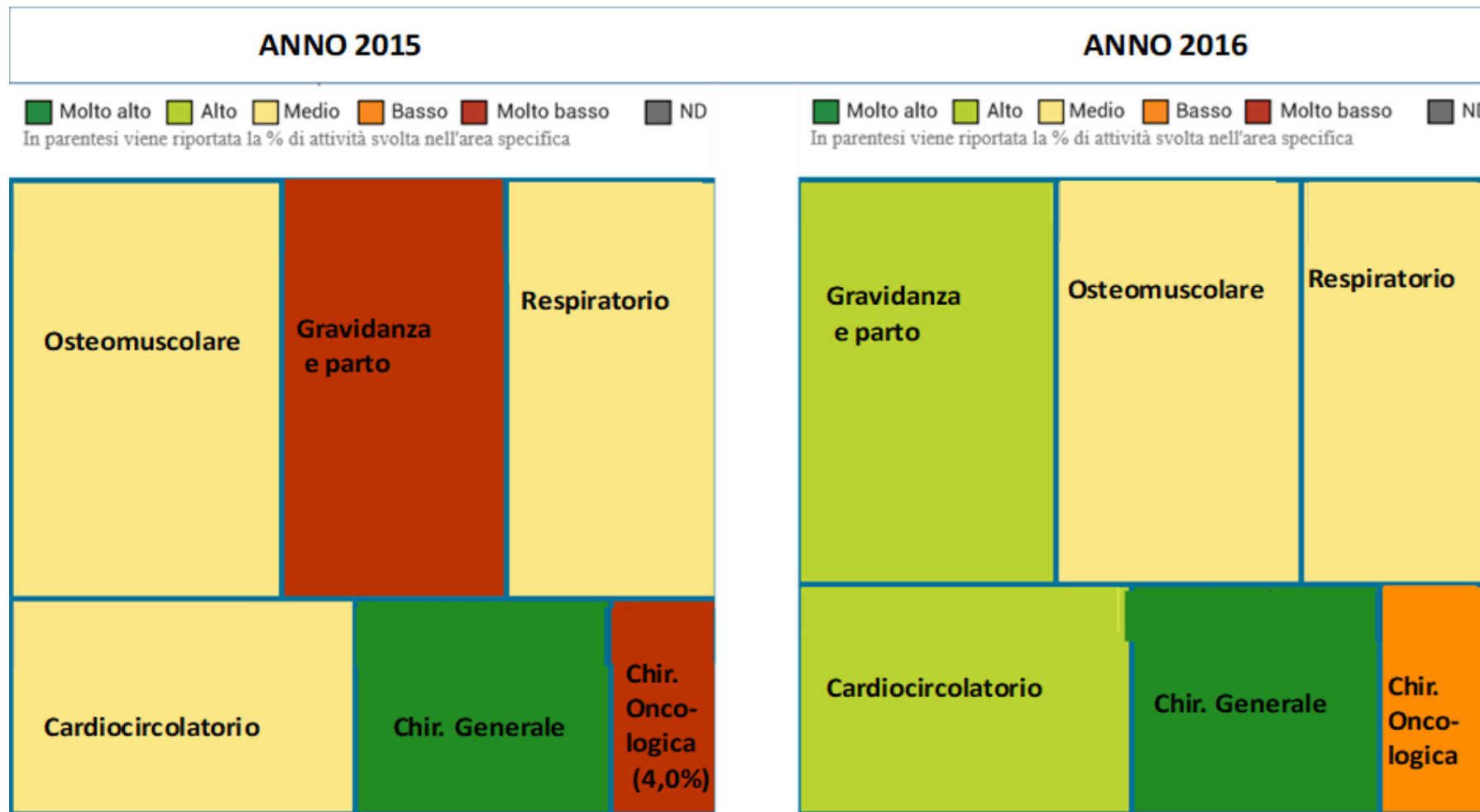
Di seguito si riporta quanto pubblicato per gli Ospedali DEA di I livello della USL Umbria n. 2 nel confronto 2015-2016 (non risulta ancora pubblicato il 2017 nel PNE) che mostra miglioramenti del grado di aderenza agli standard di qualità in diverse aree in tutti gli ospedali.

Treemap – Ospedale di Foligno - Confronto Anni 2015 – 2016



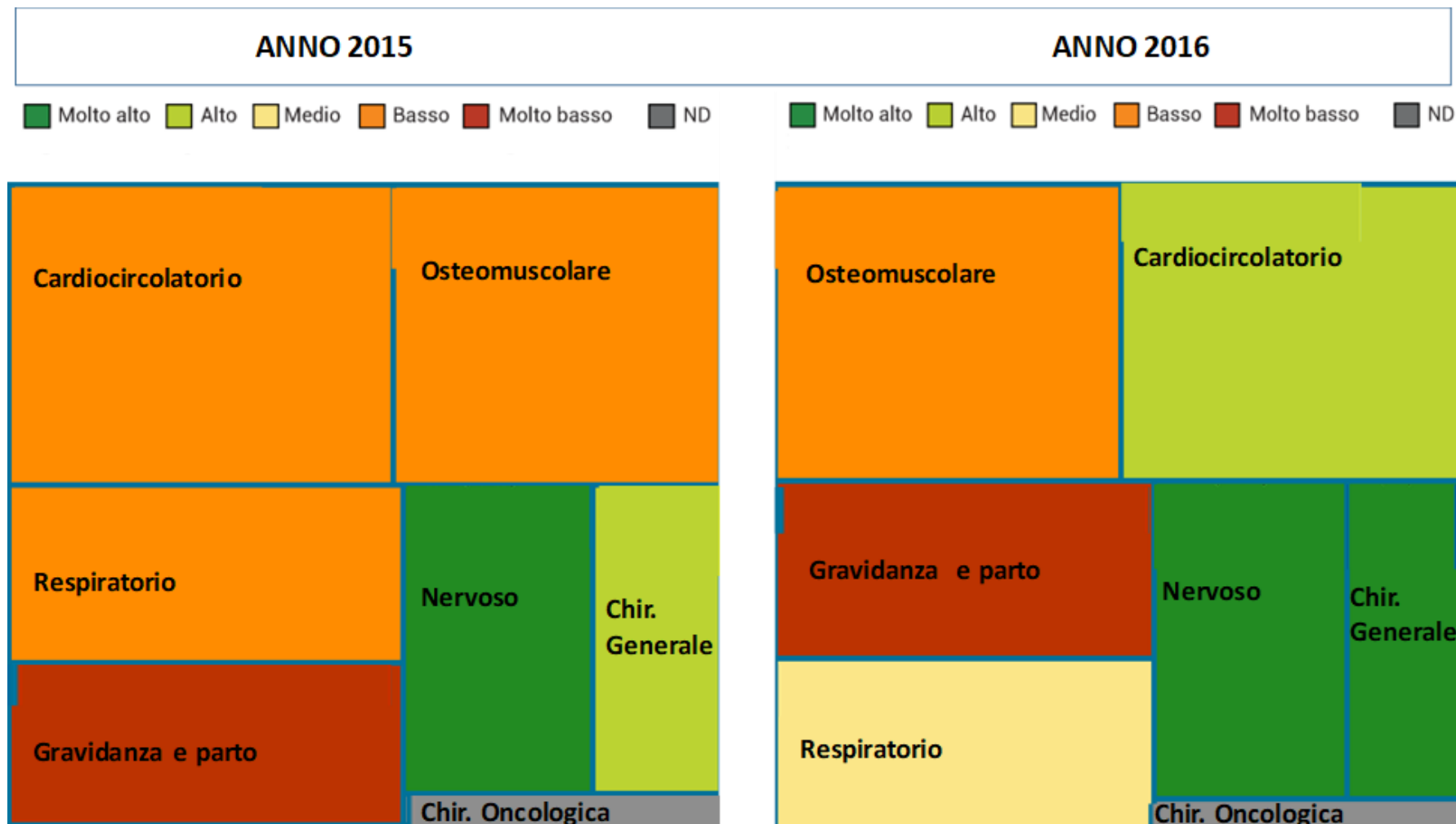
Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del nervoso e di chirurgia oncologica e un peggioramento in quella della gravidanza e parto.

Treemap – Ospedale di Spoleto - Confronto Anni 2015 – 2016



Si registra un miglioramento nelle aree cliniche della gravidanza e parto, del cardiocircolatorio, della chirurgia oncologica.

Treemap – Ospedale di Orvieto - Confronto Anni 2015 – 2016



Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del cardiocircolatorio, del respiratorio, della chirurgia generale.

PARTE TERZA

Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2019-2021

Mission e vision aziendali

L'Azienda USL Umbria n. 2:

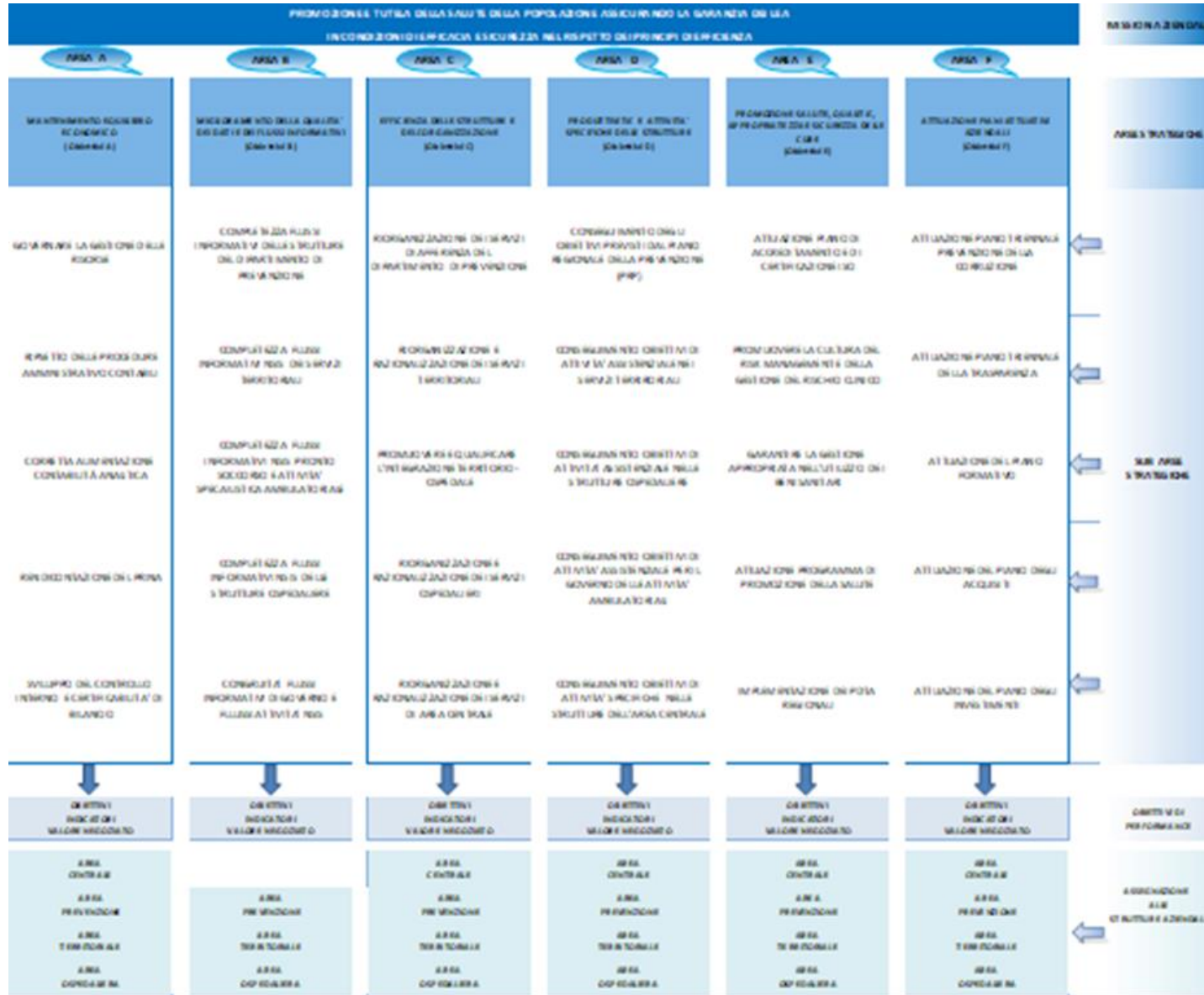
- agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la promozione, la produzione ed il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

La missione strategica dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini, garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione, secondo i principi di equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.

La visione strategica dell'Azienda è improntata a sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali e gli enti locali, nonché con tutti gli altri "stakeholders", per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali regionali per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati. In questo senso l'Azienda è inoltre interessata a sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra mandato istituzionale, missione, vision, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione. Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'organizzazione.

Di seguito è rappresentato graficamente l'albero della performance dell'Azienda USL Umbria n. 2, con l'indicazione delle 6 aree strategiche e le macroarticolazioni interessate.



Tutti gli obiettivi di performance individuati nelle aree strategiche (identificate con le lettere maiuscole dell'alfabeto) e nelle sub-aree strategiche (5 per ogni area identificate con la stessa lettera dell'area e il numero progressivo) sono dettagliati nelle tabelle successive. Per ogni obiettivo è posto il valore target per gli anni di riferimento del triennio.

Obiettivi AREA STRATEGICA A - OBIETTIVI PER IL MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
A1a	Governare la gestione delle risorse assegnate come O.d.S. (Ordinatore della spesa)	Tenuta sotto controllo del budget assegnato attraverso il monitoraggio dei costi per fattore produttivo con rendicontazione in sede di verifica della spesa	Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi	Valore economico definito in sede di BEP 2019	Valore economico definito in sede di BEP 2020	Valore economico definito in sede di BEP 2021
A1b	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenuta sotto controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	Valore economico definito in sede di assegnazione dei budget annuale per il 2019	Valore economico definito in sede di assegnazione dei budget annuale per il 2020	Valore economico definito in sede di assegnazione dei budget annuale per il 2021
A2	Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, corretta gestione dei pagamenti in fattura e gestione fatture parcheggiate	N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali x 100	100%	100%	100%
A3a	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Congruità nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine	100%	100%	100%
A3b		Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di	100%	100%	100%

			beni e servizi anche rapportandosi con i DEC			
A4	Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni"	Rendicontazione dell' utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo del format stabilito	Relazione sulle attività svolte (art.18) e alimentazione format di rendicontazione dei costi	100%	100%	100%
A5	Sviluppo del sistema di controllo Interno e del percorso di certificazione del bilancio	Perseguimento e completamento delle azioni pianificate nel PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' e nel PROGETTO DI INTERNAL AUDIT entro le tempistiche definite con invio in Regione di quanto richiesto nei tempi stabiliti dal cronoprogramma regionale	N. Output iconseguiti/N. Output previsti dal PAC e dall' IA	100%	100%	100%

Obiettivi AREA B - B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
B1	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi per il Dipartimento di Prevenzione	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale preposto per alimentare le informazioni sulle attività del Dipartimento di Prevenzione	% di informazioni complete nei tempi previsti nei flussi specifici del DIP	= > 98	= > 99	= > 99
B2	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nei SW gestionale preposti con alimentazione dei flussi informativi NSIS	Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAD	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso SIAD	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza agli anziani e il flusso FAR	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso FAR	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza della Salute Mentale e il flusso SISM	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso SISM	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure palliative e il flusso HOSPICE	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso HOSPICE	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso	= > 98	= > 99	= > 99

B2	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nei SW gestionale preposti con alimentazione dei flussi informativi NSIS	dei dati nel sistema gestionale MFp3 per alimentare le informazioni sull'assistenza ai pazienti con dipendenze patologiche e il flusso SIND	SIND			
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai disabili adulti	% di utilizzo della scheda SVAMDI informatizzata e delle nuove scale del Decreto FNA preposte per la valutazione delle gravissime disabilità	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai Minori e in Età Evolutiva	% di informazioni complete nei tempi previsti per i dati dell'Età Evolutiva	= > 98	= > 99	= > 99
		Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza prestata nei Consultori	% di informazioni complete nei tempi previsti per i dati dei Consultori	= > 98	= > 99	= > 99
B3	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di Pronto Soccorso e delle Strutture Ambulatoriali con alimentazione dei flussi informativi NSIS	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale JHis PS del Pronto Soccorso preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza nei Pronto Soccorsi aziendali	% di informazioni complete nei tempi previsti per i dati dei PS	= > 98	= > 99	= > 99

		Garantire la qualità dei dati trasmessi con i flussi attraverso l'effettuazione della validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato nei tempi previsti e % della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	= > 98	= > 99	= > 99
B4	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi NSIS	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	% di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione	= > 98	= > 99	= > 99
		Controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo e che risultano attribuibili a DRG potenzialmente inappropriati con	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento	% controlli A)=> 10	% controlli A)=> 10	% controlli A)=> 10
				% controlli B)=> 2,5	% controlli B)=> 2,5	% controlli B)=> 2,5
B5	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	% modelli inviati rispetto alle strutture di riferimento	100	100	100
			% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	= > 98	= > 98	= > 99

Obiettivi AREA C - OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
C1	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali	Riorganizzazione dei servizi nei 6 territori aziendali con omogeneizzazione delle procedure operative	Proposte di riorganizzazione dei servizi del Dipartimento con ridefinizione dell'organizzazione dell'orario di lavoro laddove necessario per il conseguimento degli obiettivi del PRP	Validazione Proposta e avvio riorganizzazione	Applicazione completa del modello	Verifica di applicazione
C2	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppare la riorganizzazione della medicina territoriale alla luce di quanto definito nell'Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale di cui alla DGR 903/2018	Messa a regime delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come da piano attuativo aziendale	Piena attuazione 16 AFT e Attivazione COT	conseguimento obiettivi definiti anno 2019	conseguimento obiettivi definiti anno 2020
		Sviluppare la rete territoriale per la gestione delle patologie croniche	Riorganizzazione dei servizi per favorire l'Implementazione dei PDTA per le patologie croniche	"Incontri periodici con Coordinatori di AFT per analisi temi di interesse specifico della Medicina Generale e Zona Distretto"	"Incontri periodici con Coordinatori di AFT per analisi temi di interesse specifico della Medicina Generale e Zona Distretto"	"Incontri periodici con Coordinatori di AFT per analisi temi di interesse specifico della Medicina Generale e Zona Distretto"
				Piena attuazione della rete dei servizi	Monitoraggio del funzionamento dei servizi	Monitoraggio del funzionamento dei servizi

C3	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Promozione e qualificazione dell'integrazione territorio - ospedale attraverso l'attivazione del percorso dimissione potette informatizzato in Atl@nte con utilizzo della scheda di Brass e del Modulo Contact Assesment	Percentuale di dimissioni protette informatizzate	= > 97%	= > 98%	100%
			Percentuale di congruità fra SDO con dimissione in ADI e Strutture Territoriali/N. prese in carico in ADI e in SR	= > 97%	= > 98%	100%
C4	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Piena attuazione delle misure di riorganizzazione previste dal Piano di riordino della Rete Ospedaliera	Rispetto del cronoprogramma di riorganizzazione	Completamento della riorganizzazione e della riqualificazione delle Strutture e dei Servizi ospedalieri in aderenza agli standard strutturali, tecnologici e di qualità previsti	Piena operatività delle Strutture e dei Servizi riorganizzati e riqualificati
		Messa a regime dell'attività di Osservazione Breve post-chirurgica come da DGR 389/2016	N. OBI effettuate/N. OBI effettuabili	= > 97%	= > 98%	100%
		Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero attraverso la corretta gestione dei	% di interventi chirurgici sottoposti a monitoraggio ministeriale erogati nei tempi previsti dalle classi di priorità	= > 85	= > 90	= > 95

		blocchi operatori con gestione informatizzata delle liste di attesa e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento				
C5	Promuovere e qualificare le attività dei servizi trasversali dell'area centrale individuando obiettivi specifici per il raggiungimento: <ul style="list-style-type: none"> • degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione • delle performance di livello aziendale dei risultati di miglioramento nelle aree di maggiore criticità 	Strutturazione del Programma annuale delle attività specifiche delle strutture dell'area centrale e il raggiungimento degli obiettivi strategici annuali	Definizione in seno al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifico per ogni struttura con dettaglio degli obiettivi e degli indicatori per ogni struttura	Entro Novembre 2018	Entro Novembre 2019	Entro Novembre 2020

Obiettivi AREA D - OBIETTIVI DI ATTIVITA'

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
D1	Conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie	Prevenzione delle malattie infettive al fine di migliorare i tassi di adesione alle campagne vaccinali	Miglioramento dei tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie e antinfluenzale per gli ultra 65enni	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Mantenimento attività di controllo degli acquedotti e dei prelievi delle acque potabili	N. controlli acquedotti e n. campioni acque potabili	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Prevenzione delle malattie oncologiche	Miglioramento dei tassi di adesione alle campagne di screening	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Conseguimento Obiettivi specifici per la Promozione Della Salute attraverso azioni specifiche	Attivazione e realizzazione dei programmi e dei progetti di promozione della salute previsti dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
		Promozione delle attività di vigilanza nei luoghi di lavoro	Copertura dei controlli, delle ispezioni, delle verifiche e dei monitoraggi negli ambienti di lavoro dei diversi settori (edilizia-agricoltura, altro)	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali	N° inchieste infortuni e malattie professionali concluse	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	N° aziende sottoposte a controllo per REACH/CLP	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
			Mantenere le attività di controllo delle malattie e di controllo e vigilanza negli allevamenti per la promozione della salute degli animali così come previsti	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto

D1	Conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie	Rafforzare le attività di Promozione e Prevenzione nella Sanità Animale	dai piani di sanità pubblica veterinaria . Controllo del randagismo (Servizi di Sanità Animale)			
			Mantenere le attività di vigilanza e di controllo sull'utilizzo dei farmaci, sugli alimenti zootecnici , sulla riproduzione animale, sulla ricerca dei residui, sul benessere animale e sullo smaltimento dei SOA (Aderenza al PRIC, al PNA, al PNR , al PNF al PNR e al Reg.1069) (Servizi IAPZ)	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
			Effettuazione degli Audit per promuovere le attività di controllo	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
			Mantenere le attività di vigilanza e di controllo nelle aziende di produzione, confezionamento e distribuzione degli alimenti Sorveglianza del piano campioni alimenti e bevande PRIC (Servizi IAN)	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Rafforzare le attività di Promozione e Prevenzione nella Sicurezza Alimentare	Mantenere le attività di vigilanza e di controllo veterinario sugli alimenti di origine animale e sulle imprese riconosciute e registrate (controllo imprese di macellazione, lavorazione, trasformazione e deposito degli alimenti di origine animale) (Aderenza al PNR, al PRIC) (Servizi IAOA)	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto

			Effettuazione degli Audit per promuovere le attività di controllo	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
D2	Miglioramento e qualificazione dell'assistenza nei servizi territoriali anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi	Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari	Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani"B.28.1.1. % di anziani >65 anni trattati in ADI"	10	= > valore 2019	= > valore 2020
			Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani"B.28.1.2. % di anziani >65 anni trattati in ADI"	6	= > valore 2019	= > valore 2020
			B28.2.5 "Percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni"	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
			B28.2.6 " % assistiti >64 anni in Cure Domiciliari con CIA >0,13	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure semiresidenziali	Tasso di Utilizzo	> 80%	= > valore 2019	= > valore 2020
		Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie	Degenza media	≤ 30 gg.	= < valore 2019	= < valore 2020
			Tasso di Utilizzo	> 80%	= > valore 2019	= > valore 2020
		Migliorare, qualificare e potenziare l'assistenza ai malati terminali con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014	Presa in carico dei pazienti in cure palliative	> 95%	= > 97%	= > 99%

		Migliorare le performance aziendali nell'offerta e nella tempestività dell'erogazioni delle prestazioni territoriali con garanzia della presa in carico per i percorsi specifici	Definizione volumi, tempi di attesa e governo dei percorsi di presa in carico dei pazienti seguiti da: - CSM - Servizi Età Evolutiva - SERD - Consultori - Strutture Riabilitative Territoriali	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Definizione obiettivi specifici di attività per le strutture territoriali	Raggiungimento degli obiettivi assegnati	100%	100%	100%
D3	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategie aziendale) per promuovere l'efficacia, l'efficienza e la qualità degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	> 50	= > valore 2019	= > valore 2020
			C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 50	= > valore 2019	= > valore 2020
			C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	= > valore 2019	= > valore 2020
		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	= > valore 2019	= > valore 2020
			C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	= > valore 2019	= > valore 2020
			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 3	= > valore 2019	= > valore 2020
			Degenza media ricoveri medici ordinari	< 8 gg.	= > valore 2019	= > valore 2020

D3	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategie aziendale) per promuovere l'efficacia , l'efficienza e la qualità degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture di urgenza/emergenza	C 16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	90%	= > valore 2019	= > valore 2020
			C 16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora	90%	= > valore 2019	= > valore 2020
			C 16.3 % accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	90%	= > valore 2019	= > valore 2020
			C 16.4 % accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	90%	= > valore 2019	= > valore 2020
			Percentuale di accessi di PS non seguiti da ricovero	> 85%	= > valore 2019	= > valore 2020
		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse in ambito Materno Infantile	C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	< 25 x PN con 1.000 parti < 15 x PN con 500 parti	< 25 x PN con 1.000 parti < 15 x PN con 500 parti	< 25 x PN con 1.000 parti < 15 x PN con 500 parti
			C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)	< 25	= > valore 2019	= > valore 2020
			C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5	= > valore 2019	= > valore 2020
		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per promuovere la qualità e l'appropriatezza degli interventi assistenziali ospedalieri	D18 % dimissioni volontarie	< 0,7	< 0,6	< 0,35
			D 8 % abbandoni volontari da Pronto Soccorso	< 4	< 3,75	< 2,50

D3	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategie aziendale) per promuovere l'efficacia , l'efficienza e la qualità degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero		Riduzione dei DRG LEA potenzialmente inappropriati o in linea con le percentuali definite a livello regionale	> 10% rispetto anno 2018	> 5% rispetto anno 2019	> 5% rispetto anno 2020
		Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella per la Breast Unit	150	150	150
			Numero interventi chirurgici per frattura di femore per le Ortopedie	75	75	75
			Numero Colectomie laparoscopica per le Chirurgie Generali	100	100	100
			N. casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero in ospedale per le Cardiologie	100	100	100
			N. di procedure/anno di angioplastica coronarica percutanea di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI per l'Emodinamica	250	250	250
		Rispetto delle soglie di rischio ed esito	Percentuale di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	70	70	70

			Percentuale di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	60%	60%	60%
D4	Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei tempi di attesa in aderenza alla DGR 498/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore a quello istituzionale	= > valore 2018	= > valore 2019	= > valore 2020
		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	= > 90	= > 95	= > 97
		Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg per le visite e 60 gg. per le prestazioni diagnostiche)	= > 90	= > 90	= > 90
D5	Promuovere e qualificare le attività dei servizi trasversali dell'area centrale individuando obiettivi specifici per il raggiungimento: <ul style="list-style-type: none"> • degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione • delle performance di livello aziendale dei risultati di miglioramento nelle aree di maggiore criticità 	Definizione obiettivi specifici di attività per le strutture dell'Area Centrale	Raggiungimento degli obiettivi assegnati	100%	100%	100%

Obiettivi AREA E - OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA' APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
E1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell' accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del Programma annuale delle attività della Macroarticolazione con definizione delle attività di certificazione e delle attività di accreditamento a cura del Servizio Qualità e Accreditamento	Presentazione al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifiche per ogni macroarticolazione con dettaglio per ogni struttura	Entro novembre 2018	Entro novembre 2019	Entro novembre 2020
		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti per l'anno di riferimento	>90%	>95%	100%
E2	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del Programma annuale delle attività della Macroarticolazione con definizione degli obiettivi in particolare quelli per il consolidamento del sistema locale di incident reporting e la sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi a cura del Servizio di Risk Management	Presentazione al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifico per ogni macroarticolazione con dettaglio per ogni struttura	Entro novembre 2018	Entro novembre 2019	Entro novembre 2020

		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti per l'anno di riferimento	>90%	>95%	100%
E3	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del Programma annuale delle attività della Macroarticolazione con definizione dei tetti di spesa e degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva a cura del Dipartimento di Assistenza Farmaceutica	Presentazione al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifico per ogni macroarticolazione con dettaglio degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e dei tetti di spesa per ogni struttura	Entro novembre 2018	Entro novembre 2019	Entro novembre 2019
		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti per l'anno di riferimento	>95%	>95%	>95%
E4	Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute	Strutturazione del Programma annuale delle attività della Macroarticolazione con definizione degli obiettivi di promozione della salute in linea con il PRP a cura del Servizio Promozione della Salute	Presentazione al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifico per ogni macroarticolazione con dettaglio per ogni struttura	Entro novembre 2018	Entro novembre 2019	Entro novembre 2020
		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti per l'anno di riferimento	>95%	>95%	>95%
E5	Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria nella realtà aziendale	Recepimento PDTA a livello aziendale con stesura delle procedure in	Attuazione dei PDTA recepiti con conseguimento obiettivi specifici	>90%	>95%	100%

		SGQ	Implementazione PDTA previsti dalla DGR 902/2017 recante Piano nazionale della Cronicità definiti dai gruppi interaziendali	Implementazione PDTA definiti dai gruppi interaziendali	conseguimento obiettivi definiti anno 2019	conseguimento obiettivi definiti anno 2020
--	--	-----	---	---	--	--

Obiettivi AREA F - OBIETTIVI PER L'ATTUAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

CODICE	OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2019	2020	2021
F1	Aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e del Programma della Trasparenza al fine di continuare l'opera di promozione della cultura in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni	Stesura dell'aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e del Programma della Trasparenza su base annuale	Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma della Trasparenza con aggiornamento annuale	Entro gennaio 2019	Entro gennaio 2020	Entro gennaio 2021
F2	Attuazione Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 Prevenire fenomeni corruttivi attraverso l'attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza	Strutturazione del Programma annuale delle attività della Macroarticolazione con definizione delle misure di prevenzione della corruzione a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Presentazione al Comitato di Budget del Programma annuale delle attività specifico per ogni macroarticolazione con dettaglio per ogni struttura come da mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate nel Piano)	Entro novembre 2018	Entro novembre 2019	Entro novembre 2020
		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Attuazione e rispetto delle misure di prevenzione previste con conseguimento degli Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti per l'anno di riferimento	100%	100%	100%
F3	Erogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale per l'anno 2018, redatto in accordo con i Dirigenti delle Macrostrutture e dei Dipartimenti	Stesura del Piano Formativo annuale sulla base delle necessità formative specifiche delle strutture aziendali	Realizzazione del programma formativo annuale con erogazione dei crediti ECM	100%	100%	100%

F4	Sviluppo, potenziamento, snellimento e centralizzazione degli acquisti anche attraverso gli acquisti centralizzati al fine di realizzare l'adeguamento tecnologico delle strutture in linea con gli standard, l'ammodernamento mobiliare delle strutture e lo sviluppo del sistema informativo aziendale	Redazione piano pluriennale e annuale degli acquisti di beni e servizi e corretta alimentazione del planner degli investimenti con inserimento delle richieste autorizzate e registrazione degli acquisti conclusi	N. acquisti effettuati /n. acquisti previsti dal piano annuale x 100	=> 95%	=> 95%	=> 95%
F5	Realizzazione del piano degli investimenti e del piano dei lavori al fine di realizzare: l'ammodernamento delle strutture e il ripristino delle strutture, le verifiche vulnerabilità sismiche e le opere di miglioramento strutturale, l'adeguamento di prevenzione antincendio, l'efficientamento energetico e il recupero strutture colpite dal sisma	Redazione piano pluriennale e annuale degli investimenti e dei lavori e corretta alimentazione del planner degli investimenti con inserimento delle richieste autorizzate e registrazione degli investimenti terminati	N. investimenti realizzati /n. investimenti previsti dal piano annuale x 100	=> 95%	=> 95%	=> 95%

Gli obiettivi di riferimento per l'anno 2019 per tutte le macroarticolazioni e le strutture afferenti sono riconducibili, con obiettivi anche maggiormente dettagliati, alle aree strategiche (sinteticamente intestate nelle schede) e sub-strategiche del presente piano.

PARTE QUARTA

Ciclo di gestione della performance

Il Processo seguito e le Azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della Performance

- Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano
- Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
- La misurazione e valutazione della performance
- Obiettivi operativi assegnati al personale
- Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance
- Collegamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

Con riferimento ai soggetti coinvolti per giungere alla definizione dei contenuti del Piano Triennale, si rappresenta che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario avvalendosi in maniera preponderante dell'Ufficio di Piano e dell'Ufficio Comunicazione hanno predisposto la bozza del Piano sulla base degli indirizzi e delle indicazioni della Direzione Strategica, coinvolgendo diversi attori, primi fra tutti quelli coinvolti nel Comitato di Budget, nonché tutti i Responsabili delle Strutture e Servizi dell'Area Centrale, i Responsabili delle Macroarticolazioni Aziendali, il Responsabile per la Trasparenza, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Sono stati altresì sentiti per il parere sia del NIV che del Collegio di Direzione.

Le principali fasi, i soggetti ed i tempi per il processo di redazione del Piano sono sinteticamente indicate nella seguente tabella.

N	Fase del Processo	Attori	Arco temporale (mesi)							
			09/2018	10/2018	11/2018	12/2018	01/2019	02/2019	03/2019	
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano Comitato di Budget								
2	Definizione degli obiettivi di performance	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano Comitato di Budget Responsabili Strutture Aree Centrali Macroarticolazioni aziendali Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione								
3	Redazione del Documento	Direttore Amministrativo								

N	Fase del Processo	Attori	Arco temporale (mesi)						
			09/2018	10/2018	11/2018	12/2018	01/2019	02/2019	03/2019
		Direttore Sanitario Ufficio di Piano Servizio Qualità e Accreditamento							
4	Condivisione del Piano della Performance	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario							
5	Approvazione ed adozione del Piano	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Collegio di Direzione							
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio Comunicazione Responsabile per la Trasparenza							

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale attraverso l'inclusione all'interno del Piano degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo 2019 e l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

Nel corso dell'anno di riferimento, qualora le attività periodiche di monitoraggio e di controllo, che si realizzano attraverso l'analisi tecnica del Controllo di Gestione e del Servizio Economico Finanziario, con il supporto delle Direzioni di Presidio/ Dipartimento/Distretto e dei responsabili dei Servizi di line e di staff, evidenzino scostamenti di rilievo nel consumo dei fattori produttivi rispetto ai livelli attesi, vengono conseguentemente identificate e adottate specifiche azioni correttive volte al rispetto del Bilancio economico preventivo.

La misurazione e valutazione della performance

L'USL Umbria n. 2 utilizza il budget come strumento attraverso il quale condividere principi, strategie, obiettivi e responsabilità e coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Il processo di budget si colloca all'interno della pianificazione sanitaria e sociale dell'Azienda, sviluppata in coerenza con le indicazioni, gli obiettivi e i vincoli economici definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale nazionale, regionale e locale e declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi annuali, per soddisfare i requisiti relativi a tipologia e volume di prestazioni e sviluppo, innovazione e qualità dei servizi offerti.

Il processo di budget ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

Le Linee d'indirizzo aziendali per la programmazione sono definite dalla Direzione Aziendale e tengono conto:

- di quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, in particolare, relativamente ai programmi e progetti di sviluppo e innovazione, alle risorse assegnate o ai vincoli di spesa;
- dei documenti di programmazione sanitaria locale;
- del preconsuntivo dell'esercizio in corso.

Il processo di programmazione e budget si conclude l'anno successivo a quello di esercizio con la verifica della gestione annuale, una volta che le banche dati aziendali sono consolidate.

La Direzione Aziendale, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio (confronto tra risultati attesi e conseguiti), valuta le performance conseguite e predispose la relazione conclusiva sui risultati della gestione.

Il Processo di Budget è inteso, quindi, come lo strumento operativo con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali di medio e lungo periodo in obiettivi specifici articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne, rappresenta lo strumento principe dei sistemi di programmazione e controllo e consente di attribuire ai diversi Centri di Responsabilità obiettivi e risorse necessarie per l'attività da svolgere.

L'adozione di un tale sistema di gestione, comporta il necessario sviluppo di sistemi di controllo per il monitoraggio, la valutazione e la regolazione dei processi e dei risultati assistenziali e gestionali raggiunti.

In particolare il Budget permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il consolidamento di un cambiamento organizzativo finalizzato ad esplicitare la strategia, a chiarire, condividere e negoziare gli obiettivi, ad orientare realmente i comportamenti;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

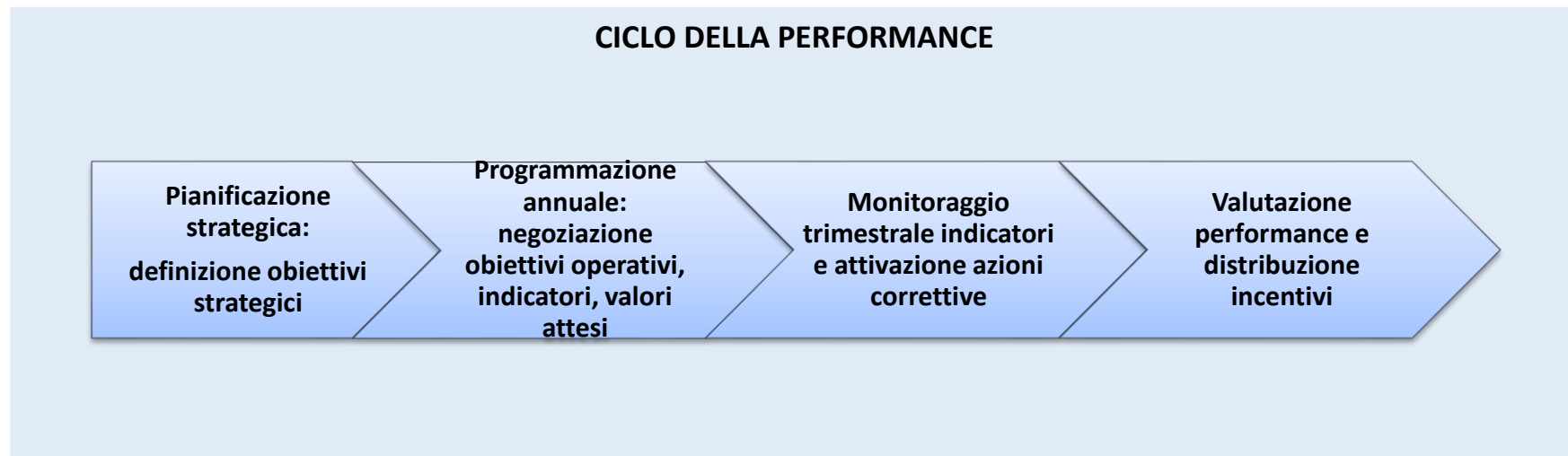
Il Budget è, inoltre, il principale strumento di integrazione tra i diversi processi aziendali:

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione di beni e servizi,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la valutazione e delle performance gestionali,
- la valutazione delle performance individuali,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc.

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha già redatto nel mese di novembre 2018 la "Procedura annuale del budget 2019", che descrive il processo di Programmazione e Controllo attivato dalla Direzione Aziendale, tracciandone le linee strategiche e le priorità di intervento per l'anno 2019, fornendo le indicazioni sul percorso operativo di budget ed i contenuti, le modalità e la tempistica per la definizione dei programmi di attività della USL Umbria n. 2 per l'anno 2019, nonché sulle modalità di verifica dell'andamento del budget e sulle modalità di valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget per l'anno 2019.

Il processo aziendale di **gestione della performance** è composto, in estrema sintesi, dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti;
- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dei valori assunti dagli indicatori stessi dai valori attesi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive;
- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture che dei singoli professionisti e correlata distribuzione degli incentivi.



La **fase di programmazione** prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate dalla Regione per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende e si concretizza nel "Programma Annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi", previsto dall'art. 11 comma 5a della L.R. 11/2015 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali".

La Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono declinate, tramite il processo di budget, in obiettivi operativi (e relativi indicatori e valori attesi).

Si procede quindi alla fase di negoziazione attraverso un percorso articolato in 3 livelli:

- incontri di negoziazione fra la Direzione Aziendale e le Macroarticolazioni aziendali sanitarie (Distretti, Dipartimenti e Presidi), con le strutture dell'area centrale, rappresentando questo il primo livello di negoziazione (I livello);
- incontri di negoziazione fra le Macroarticolazioni aziendali e le strutture di riferimento, ovvero le strutture semplici di livello dipartimentale o distrettuale (II livello);
- incontri in seno alle singole strutture per condividere e partecipare a tutte le risorse umane gli obiettivi della struttura e coinvolgere tutto il personale nel processo di programmazione e controllo aziendale (III livello).

Gli obiettivi di budget sono parte integrante degli obiettivi di performance individuali, strettamente legati a quelli delle strutture. Essi, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze espresse, sono assegnati ai singoli operatori tramite apposita scheda.

Il **monitoraggio** periodico si svolge durante l'anno, su base trimestrale: attraverso il monitoraggio dell'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi si evidenziano eventuali scostamenti e si individuano eventuali azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno. L'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi, ancorché parziale, è svolta al fine di evidenziare le possibili cause che hanno determinato eventuali scostamenti; nel caso in cui le cause siano interne si porrà la necessità di intraprendere azioni correttive; se invece sono esterne, nascerà la necessità di rinegoziare gli obiettivi stessi.

A conclusione del ciclo di budgeting si procede alla **misurazione e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi**. La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi riguarda sia gli adempimenti che gli obiettivi misurabili, posto che per tutti gli obiettivi è precisato l'indicatore preposto e il valore atteso per l'anno di riferimento. La valutazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100%, con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati. Il giudizio complessivo sul raggiungimento degli obiettivi di budget sarà definito come specificato di seguito:

- 0 - 50% Insufficiente
- 51 - 79% Sufficiente
- 80 - 89% Buono
- 90 - 100% Ottimo

Le schede rivalutate vengono trasmesse in via definitiva ai responsabili dei CdA per l'apposizione della controfirma per accettazione, per poi essere rimesse al Nucleo Interno per la Valutazione ed al Controllo Strategico per la valutazione di II istanza. Il risultato delle valutazioni del NIV viene trasmesso alla Direzione Generale.

Obiettivi operativi assegnati al personale

Il ciclo di gestione della performance organizzativa dell'azienda è integrato con quello della performance individuale attraverso il sistema di programmazione che, a partire dalle linee strategiche di indirizzo sulla programmazione pluriennale ed annuale, prevede la definizione e la declinazione degli obiettivi aziendali a tutti i livelli dell'organizzazione.

La valutazione della performance individuale infatti si correla sia alla dimensione organizzativa (art. 8 del D.lgs. 150/2009), sia a quella individuale (art. 9 del D.lgs. 150/2009) della performance, elementi che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione della premialità attuabile in Azienda.

Conclusa la negoziazione di budget con l'assegnazione degli obiettivi operativi per la struttura da conseguire nel corso dell'anno, è stata avviata la fase di pianificazione per la valutazione della performance individuale con l'assegnazione degli obiettivi individuali da assegnare alle diverse figure professionali dirigenziali e non garantendo la diffusione dei contenuti negoziati ed il coinvolgimento di tutti i professionisti nel raggiungimento dei risultati attesi.

I cardini di tale pianificazione sono caratterizzati da:

- obiettivi gestionali e di budget delle strutture
- attività e competenze professionali dei diversi profili.

La performance individuale di ciascun professionista viene misurata attraverso specifica scheda annuale. La misurazione della performance individuale viene distinta in funzione delle qualifiche professionali e degli obiettivi assegnati.

La scheda è articolata in due sezioni distinte:

1. Sez. A, contributi individuali di natura professionale e di natura comportamentale/relazionale specifiche del professionista e si sostanziano in 12 item, la cui valutazione si misura con un livello di raggiungimento da 1 a 4 laddove tali valori hanno il significato esplicitato nella tabella successiva.

Valutazione	Livello	Significato
1	SCARSO	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso.
2	MIGLIORABILE	Descrive un livello di contributo sufficiente, che risponde parzialmente alle attese e presenta significativi margini di miglioramento.
3	BUONO	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso.
4	OTTIMO	Descrive un livello di contributo superiore alle attese, di qualità ottima e costante nel tempo.

2. Sez. B contributo ai programmi e alla gestione aziendale e quindi al governo degli obiettivi della struttura di appartenenza (Performance organizzativa).

Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse.

Per il personale Aree Dirigenziali l'articolazione della scheda è correlata alla tipologia di incarico conferito. Sono strutturate, pertanto, due tipologie di schede *individuali*:

- mod. 01 per il Direttore di Struttura Complessa e per il Responsabile Struttura Semplice. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al conseguimento degli obiettivi della scheda di budget negoziati con la Direzione Generale o Direttore di Struttura Complessa;
- mod. 02 per il Titolare di Incarico di natura Professionale. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.

Per il personale del Comparto l'articolazione della scheda è correlata alla tipologia di incarico conferito (Posizione Organizzativa ed Incarico di Coordinamento), alla qualifica e categoria di appartenenza. Sono strutturate, pertanto, tre schede:

- *mod. 03 per i titolari di Posizione Organizzativa o di Incarico di Coordinamento. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget della Struttura di appartenenza;*
- *mod. 04 per il personale appartenente alla cat. Ds, D e C. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza;*
- *mod. 05 per il Personale del Comparto appartenente alle cat. Bs, B, A. In tale scheda, oltre agli item della Sez. A, l'obiettivo di budget declinato risponde al contributo del professionista al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.*

Nell'ambito della metodologia di calcolo per il raggiungimento degli obiettivi di performance individuali la ripartizione del peso degli obiettivi presenti nella sezione A e nella Sezione B è così diversificata:

- Sezione "A" 48 punti complessivi
- Sezione "B" 52 punti complessivi.

È stato previsto altresì, il riconoscimento dell'Eccellenza professionale e comportamentale. Il valutatore infatti potrà esprimere una nota di merito relativa all'eccellenza professionale e comportamentale del valutato e potrà a tale titolo redigere apposita relazione dettagliatamente motivata, da inserire nel fascicolo personale, senza influire nell'assegnazione delle risorse destinate alla premialità.

La valutazione del personale è effettuata in prima istanza dal soggetto cui è assegnata la responsabilità della risorsa umana ed è preceduta da una autovalutazione del professionista limitatamente alla Sezione A – Contributi individuali. L'autovalutazione viene discussa da valutato e valutatore al momento del colloquio di valutazione, al termine del quale il Valutato esprime la propria accettazione o non accettazione della valutazione.

Qualora il Valutato non accetti la valutazione, può proporre le proprie osservazioni, entro 5 giorni dalla data di non accettazione, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario chiedendo, se lo ritiene opportuno, anche di essere ascoltato dal medesimo.

Il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo, o loro delegati, entro 10 giorni dal ricevimento del ricorso, si pronunceranno in merito rendendo definitiva la valutazione della Sezione A.

La valutazione della Sezione B, legata alla performance organizzativa, è effettuata a seguito dei risultati di budget raggiunti dalla Struttura di appartenenza.

Alla valutazione performance individuale è collegato anche il riconoscimento della retribuzione di risultato.

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

Il Piano della Performance dell'USL Umbria n. 2 è uno strumento dinamico, aggiornato periodicamente, nell'ottica del miglioramento continuo della gestione delle performance. Attraverso l'aggiornamento sarà possibile individuare eventuali nuovi obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria aziendali o adeguare gli obiettivi e i target già assegnati sulla base delle evidenze emerse in corso di monitoraggio.

Inoltre, affinché la procedura del Ciclo di gestione della performance possa migliorare la sua significatività e la sua attitudine a svolgere il ruolo di strumento di governo, di trasparenza e di responsabilizzazione, si illustrano le azioni da porre in essere per il suo miglioramento:

- la promozione ulteriore della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti;
- il miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale anche attraverso piani di miglioramento e il miglioramento della codifica e classificazione degli obiettivi;
- l'adozione del datawarehouse e del sistema informativo tale da permettere la definizione, il monitoraggio e la verifica degli obiettivi organizzativi e degli obiettivi individuali nonché la valutazione di fine esercizio e la successiva programmazione;
- la verifica della congruità degli obiettivi assegnati in relazione alla mission aziendale e all'attività delle unità operative coinvolte;
- la formazione continua dei valutatori per la gestione dei colloqui di valutazione, per l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, per la gestione del conflitto;
- la capacità del sistema di valutazione di contribuire al miglioramento del clima interno dell'organizzazione e dello sviluppo professionale delle risorse coinvolte nel processo di valutazione della performance. Al riguardo un contributo prezioso sono le indagini interne sul benessere organizzativo che permettono di misurare lo stato di salute dell'organizzazione declinato nel relativo grado di benessere fisico, psicologico e lavorativo e conseguentemente le azioni da intraprendere per il miglioramento qualitativo e quantitativo dei risultati prestazionali attesi;

- l'implementazione ulteriore della qualità degli obiettivi-target, legati alle tematiche della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- l'ulteriore sviluppo, nel tempo, di iniziative finalizzate al miglioramento continuo del sito WEB e contestualmente del processo di comunicazione interna, teso anche alla condivisione dei risultati perseguiti e delle dinamiche di sviluppo degli obiettivi e delle azioni programmatiche aziendali;
- il miglioramento delle modalità e degli strumenti di comunicazione nei confronti degli stakeholder esterni e del processo di Customer satisfaction.

Collegamento del Piano della Performance con il Programma per la Trasparenza e l'integrità e con il Piano della Prevenzione della corruzione

La corruzione trova terreno fertile nella scarsa qualità della burocrazia, in sistemi sanzionatori percepiti come inefficaci, nell'eccesso di norme ed oneri burocratici, nella scarsa diffusione della cultura della legalità, integrità e trasparenza nell'azione amministrativa.

È necessario perciò che il Ciclo di gestione della Performance sia pienamente integrato con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione.

L'USL Umbria n. 2, in applicazione della Legge n. 190/2012 sulla prevenzione della corruzione e del D.Lgs. n. 33/2013 e ssmi di riordino degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione, ha adottato i seguenti atti:

- con Delibera del Direttore Generale n. 332 del 03.04.2015 ha nominato il nuovo Responsabile della Prevenzione della corruzione ed il nuovo Responsabile della Trasparenza, a causa della cessazione del rapporto di lavoro della precedente responsabile;
- con Delibera del Direttore Generale n. 94 del 31.01.2018 ha adottato il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Triennio 2018/2020".

È in fase di aggiornamento il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Triennio 2019/2021". Per rendere stringente l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il presente Piano della Performance assume le misure contenute nel PTPC e nel Programma triennale per la Trasparenza 2018/2020 come veri e propri obiettivi di performance organizzativa e individuale.

L'Azienda, già in sede di elaborazione dei precedenti Piani della Performance e di negoziazione di budget ha previsto obiettivi, indicatori e target per la valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti nel campo della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza.

Nell'ottica della integrazione e coerenza dei predetti strumenti programmatori, nel presente **Piano della Performance** sono previsti obiettivi, indicatori e target che trovano piena corrispondenza nelle principali misure di gestione del rischio corruttivo e di trasparenza.

Il collegamento tra **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** è fondamentale in quanto la tematica della trasparenza:

- è trasversale rispetto a tutte le attività dell'Azienda;
- garantisce l'accessibilità dei portatori di interesse agli obiettivi di performance assegnati ai diversi livelli della struttura organizzativa ed ex post ai risultati conseguiti.

Nel rispetto delle indicazioni già proposte dal Nucleo Interno di Valutazione per l'anno 2016, le schede obiettivi 2019 presentano specifici collegamenti con l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nelle schede degli obiettivi sono stati inseriti obiettivi per la realizzazione dei programmi specifici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed è specificato quanto segue:

“È compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati.

L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti.

L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici”.

COMUNICAZIONE DEL PIANO DEL PERFORMANCE

La comunicazione del Piano della Performance 2019-2021 seguirà le seguenti modalità:

- ***Pubblicazione sul sito internet aziendale*** (a cura dell'Area Formazione e Comunicazione)
- ***Trasmissione del Piano alle macro articolazioni aziendali*** (a cura della U.O. Controllo di Gestione)
- ***Diffusione del Piano tra gli organi di stampa ed attraverso i social media*** (a cura dell'Area Formazione e Comunicazione)
- ***Diffusione del Piano presso tutti i dipendenti dell'USL Umbria n. 2*** (a cura dell'Area Formazione e Comunicazione)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In definitiva l'USL Umbria n. 2 si pone nelle condizioni di affrontare (e si spera di vincere) tre sfide fondamentali, dopo aver ottenuto il sostanziale riequilibrio nella distribuzione delle risorse tra ospedale e territorio: la sfida della qualità, della efficacia e della sostenibilità.

Qualità che deve essere adeguatamente documentata da sistemi informativi più performanti e sostenuta da un processo di standardizzazione degli interventi, laddove il primo rappresenta ormai un passaggio ineluttabile di modernizzazione, ma che senza il secondo non consente una lettura adeguata dei fenomeni e neppure una corretta distribuzione delle risorse.

Efficacia in quanto la varietà delle prestazioni erogate non sempre viene seguita e corredata da una attenta valutazione degli esiti, sebbene il Piano Nazionale Esiti si stia muovendo in questa direzione.

Sostenibilità in quanto le risorse disponibili sono comunque limitate e la crescente differenziazione e specializzazione degli interventi sanitari, unita al crescente numero di pazienti trattati e alla uscita sul mercato dei cosiddetti farmaci innovativi, potrebbe far esplodere la spesa pubblica.

L'effettiva realizzazione di quanto esposto in premessa passa però attraverso una delicata opera di mediazione che dovrà essere espletata a più livelli.

È necessario infatti, da un punto di vista tecnico-contrattuale, sollecitare ed incrementare il livello di collaborazione dei MMG, PLS e degli specialisti ambulatoriali, peraltro costantemente seguiti attraverso le periodiche riunioni dei corrispondenti Comitati. In questo senso questa Azienda sta operando non solo nel mantenimento dei livelli formativi, ma anche nel tentativo di coinvolgere sempre di più tali professionisti nelle dinamiche e nelle scelte aziendali.

Dall'altro si rende necessario un livello di mediazione più alto a livello politico con i Sindaci dei numerosi Comuni di riferimento per questa Azienda che hanno, come è noto, precise responsabilità in termini di sanità. Tale mediazione "alta" dovrà necessariamente essere svolta in collaborazione con la Regione, sia perché depositaria delle volontà politiche più generaliste, sia perché responsabile degli indirizzi sanitari locali.

Ulteriore livello di mediazione si dovrà esercitare con le forze sindacali, che giustamente segnalano un certo livello di “*stanchezza*” degli operatori, nonché con gli “*stakeholders*”, i portatori di interesse, ovvero le associazioni dei cittadini che sempre più spesso rappresentano le esigenze di alcune di categorie di popolazione.

Attraverso questo Piano, in definitiva, l’Azienda si prefigge l’obiettivo di rendere la propria azione più aderente al dettato normativo, più efficiente e più vicina ai cittadini, compito non facile che è però possibile affrontare con il confronto e la condivisione fra tutti gli attori protagonisti.