

**Deliberazione del Direttore Generale n. 72 del 25/01/2018**

**Oggetto:** Piano aziendale della Performance 2017 2019. Provvedimenti.

**Ufficio proponente:** S.C. Affari Generali e Legali

<b>Esercizio</b>	<b>assente</b>
<b>Centro di Risorsa</b>	<b>assente</b>
<b>Posizione Finanziaria</b>	<b>assente</b>
<b>Importo</b>	<b>assente</b>
<b>Prenotazione Fondi</b>	<b>assente</b>

### **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera di pari oggetto dell'Ufficio Proponente di cui al num. Prov. 59 del 12/01/2018 contenente:

- il Visto della P.O. Budget, acquisti, flussi economici e bilancio per la verifica di assegnazione del Budget;
- il Parere del Direttore Amministrativo - Dott. Riccardo BRUGNETTA;
- il Parere del Direttore Sanitario - Dott. Sandro FRATINI.

### **DELIBERA**

Di fare integralmente propria la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Dr. Maurizio DAL MASO)\*

**Il Responsabile del Procedimento Deliberativo**

(Dott. Andrea LORENZONI)\*

PREMESSO che con deliberazione del Direttore Generale n. 1291 del 29/12/2017 è stato approvato il Piano della Performance 2017 - 2019 dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni;

CONSIDERATO che l'allegato alla deliberazione 1291/2017 sopra richiamata risulta essere privo di alcune tabelle e risulta presentare problemi di impostazione di alcune pagine, a causa della formattazione effettuata in automatico dal programma di gestione flussi documentali *workflow* - dal formato proprietario *Microsoft Word* al formato *Portable Document Format*;

ACQUISITO dall'Ufficio Controllo di Gestione il Piano della Performance 2017 – 2019 in formato *Portable Document Format*;

*SI PROPONE DI DELIBERARE*

DI dare atto che l'allegato alla deliberazione 1291/2017 con la quale è stato approvato il Piano della Performance 2017 – 2019, risulta essere privo di alcune tabelle e risulta presentare problemi di impostazione di alcune pagine, a causa della formattazione effettuata in automatico dal programma di gestione flussi documentali *workflow* - dal formato proprietario *Microsoft Word* al formato *Portable Document Format*;

DI approvare nuovamente – a causa dei problemi di natura tecnica sopra evidenziati – l'allegato al Piano della Performance 2017 – 2019 dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni così come trasmesso dall'Ufficio Controllo di Gestione in formato *Portable Document Format* e che si allega alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato A composto di n. 61 pagine);

DI dare atto che l'allegato alla presente deliberazione sostituisce integralmente l'allegato alla deliberazione n. 1291 del 29/12/2017;

DI trasmettere copia della presente deliberazione alla U.O. Controllo di Gestione, alla Direzione Risorse Umane, alla Direzione Economico Finanziaria, al Nucleo di Valutazione, al Responsabile aziendale Prevenzione della Corruzione, al Collegio Sindacale, a tutti i Direttori di Dipartimento Aziendali al fine di divulgarla all'interno del proprio Dipartimento;

*Il Funzionario Istruttore*

*Dott. Andrea Lorenzoni*



A Z I E N D A  
O S P E D A L I E R A  
S A N T A M A R I A  
T E R N I

**Piano della Performance 2017-2019  
dell’A.O. “Santa Maria” di Terni**

**A cura di:**

**P.O. Controllo di Gestione**

**P.O. Relazioni Sindacali**

**E con:**

**Direzione Amministrativa**

# Indice

1. Riferimenti normativi	p.2
2. Descrizione dell'Azienda	p.3
2.1. La visione dell'Azienda	p.4
2.2. La missione dell'Azienda	p.4
2.3. Il contesto esterno	p.5
2.4. Il contesto interno	p.6
2.5. L'Azienda in cifre	p.7
3. L'albero della performance	p.9
4. Il ciclo di gestione della <i>performance</i>	p.10
4.1. Il Processo di <i>Budget</i>	p.11
4.2. Il processo di valutazione	p.16
5. <i>Performance</i> di struttura: azioni strategiche ed obiettivi operativi	p.25
6. <i>Performance</i> individuale: criteri per la valutazione del personale	p.38
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento	p.40
7.1. Le fasi del ciclo	p.40
7.2. Coerenza con le fasi di programmazione di bilancio	p.40
7.3. Azioni per il miglioramento	p.41
8. Allegati Tecnici	p.42

## 1. Riferimenti normativi

Il concetto di performance può essere definito come il “contributo che un soggetto apporta attraverso la propria azione al raggiungimento di finalità, obiettivi e, in ultimo, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita”<sup>1</sup>.

Il Piano della *Performance*, inteso come documento programmatico triennale, è previsto dall’art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009<sup>2</sup> e ss. mm. ii., Titolo II, adottato in attuazione della Legge Delega del 4 marzo 2009, n. 15<sup>3</sup> avente ad oggetto l’ottimizzazione della produttività, dell’efficienza e della trasparenza del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni (P.A.) e modificato secondo le disposizioni introdotte dal D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017<sup>4</sup>.

Il D. Lgs. n. 150/2009 è articolato in cinque Titoli concernenti:

- principi generali;
- misurazione, valutazione e trasparenza della *performance*;
- merito e premi;
- norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche;
- norme finali e transitorie.

L’obiettivo perseguito con il suddetto decreto è quello di disciplinare i sistemi di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle P.A. al fine di garantire *standard* di qualità dei prodotti e *standard* economici tramite strumenti di valorizzazione dei risultati e delle *performance* organizzative e individuali (art. 2, D. Lgs. n. 150/2009).

Secondo quanto previsto nei “Principi Generali” contenuti al primo comma dell’art. 3 del decreto in analisi “la misurazione e valutazione delle *performance* sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento”. Ogni P.A. è tenuta ad operare una misurazione/valutazione della *performance* relativa all’amministrazione nel suo complesso, alle singole unità in cui l’amministrazione è articolata e ai singoli dipendenti conformemente a quanto disposto dalle indicazioni presenti nel Titolo II e dagli indirizzi impartiti dal dipartimento della Funzione Pubblica (art. 19 D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114).

L’art. 10, come modificato dal D. Lgs. n.74 del 25 maggio 2017, prevede che “al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della *performance*, le amministrazioni pubbliche, redigono e pubblicano sul sito ogni anno:

- entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, che è definito dall’organo di indirizzo politico-amministrativo in collaborazione con i vertici dell’amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica ai sensi dell’articolo 3, comma 2, e che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di cui all’art. 5, comma 01, lettera b);

---

<sup>1</sup> “La Misurazione e Valutazione delle Performance”, Fabio Monteduro, 2009.

<sup>2</sup> “Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

<sup>3</sup> Legge 4 marzo 2009, “Delega al Governo finalizzata all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell’economia e del lavoro alla Corte dei conti”.

<sup>4</sup>Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n.74, “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n.124.

- entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla *performance*, che è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e [...]”.

Il piano ed il ciclo della *performance* sono strumenti atti al supporto dei processi decisionali in quanto:

- consentono di verificare la coerenza tra risorse a disposizione dell'amministrazione e gli obiettivi che è tenuta a perseguire;
- incrementano la consapevolezza dell'amministrazione nel suo complesso e dei singoli dipendenti in relazione agli obiettivi loro assegnati;
- sono un mezzo tramite cui comunicare anche all'esterno priorità e risultati attesi.

Attraverso il Piano della *Performance*, dunque, è possibile misurare la *performance* aziendale valutandone la qualità e consentendone una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza. Perdi più, oltre ad essere uno strumento di crescita e responsabilizzazione di tutto il personale, pone in essere percorsi di miglioramento continuo. All'interno del Piano della *Performance* sono riportati e messi in relazione obiettivi strategici ed operativi aziendali con i rispettivi indicatori e *target* di riferimento. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi delle Unità Operative, i quali vengono riportati nelle schede di *budget* e approvati dalla Direzione Aziendale.

L'A.O. “Santa Maria” di Terni, per la redazione del Piano della *Performance*, si attiene ai criteri ed alle modalità previste nella Delibera C.I.V.I.T. n. 112/2010 – “Struttura e modalità di redazione del Piano della *Performance* (art. 10, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150”, approvate nella seduta del 28 ottobre 2010. In base alle informazioni in essa contenute, nei paragrafi a seguire verranno presentate, nell'ordine: informazioni concernenti “l'identità dell'organizzazione”, l'analisi del contesto, gli obiettivi strategici e i corrispondenti obiettivi operativi, il processo seguito ed infine gli allegati tecnici.

Inoltre, la redazione del piano avviene in conformità a quanto disposto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, e successive modificazioni, e dal D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n.97/2016. Essendo il Piano uno strumento di ricognizione degli strumenti utilizzati dall'Azienda (Delibera C.I.V.I.T. 6/2013), contempla l'integrazione del ciclo della *performance* con gli obiettivi e le misure volte a garantire la trasparenza dell'amministrazione e la prevenzione ed il contrasto della corruzione, contenute nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. A garanzia di tale coordinamento si procede ad inserire in via sistematica nel ciclo di gestione, disposto nel Piano della *Performance*, gli obiettivi di cui sopra e si provvede a dare pubblicità dei documenti in questione sul sito aziendale ([www.aospterni.it](http://www.aospterni.it)) nella sezione “Amministrazione Trasparente”. In tale sezione è possibile inoltre prendere visione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2017-2019, approvati con Deliberazione del Direttore Generale del 31 gennaio 2017, n.55.

## 2. Descrizione dell'Azienda

L'Azienda Ospedaliera di Terni è stata istituita con DPCM del 03.03.1994 che ne sancisce il rilievo nazionale e la missione di alta specialità e con il quale è stata nuovamente confermata la Convezione con l'Università degli Studi di Perugia, per via della presenza, presso l'A.O. di Terni, del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Dalla sua istituzione l'A.O. ha svolto la propria attività nei limiti del mandato regionale contemperando al suo interno le tre funzioni che sono divenute peculiari dell'attività aziendale:

1. la funzione di ospedale generale rivolto al soddisfacimento di bisogni della comunità locale;
2. la funzione di alta specialità connaturata al ruolo di Azienda Ospedaliera e sostenuta validamente dalla presenza accademica;
3. il ruolo di Ospedale di area vasta in grado, per ragioni logistiche e di offerta sanitaria, di soddisfare la domanda di un ampio bacino d'utenza comprendendo anche territori extraregionali, limitrofi e non.

L'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per le prestazioni ambulatoriali specialistiche, per l'attività di emergenza-urgenza e persegue lo sviluppo di attività di alta specializzazione, favorendo l'innovazione in ambito clinico ed organizzativo anche tramite l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per diagnosi e cura.

## **2.1. La visione dell'Azienda**

“L'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi e delle prestazioni erogate sono perseguite in un contesto di umanizzazione della struttura, razionalità degli interventi ed economicità delle scelte gestionali. È favorito il coinvolgimento dei cittadini, sia come utenti che attraverso le associazioni, ai fini del miglioramento della qualità del servizio reso e della sua valutazione”<sup>5</sup>. L'Azienda, dunque, è caratterizzata da un insieme di relazioni che ne valorizzano:

- lo sviluppo di capacità organizzative volte all'erogazione di prestazioni di qualità e all'orientamento alla centralità della persona;
- la capacità di accogliere il cambiamento e la capacità di attivare procedure necessarie ad innovare i processi;
- la capacità di porsi come polo strategico di attrazione regionale ed extraregionale;
- la capacità di integrare la ricerca didattica con l'attività assistenziale.

## **2.2. La missione aziendale**

Il fine dell'Azienda coincide con la ragione stessa della sua esistenza, vale a dire fornire una risposta alla domanda di salute postulata dalla popolazione e intesa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale.

“La missione dell'Azienda Ospedaliera 'S. Maria' di Terni è quella di fornire prestazioni sanitarie altamente qualificate al fine di assicurare e garantire una esauriente tutela della salute quale bene collettivo e individuale”.

Il ruolo dell'Azienda Ospedaliera 'S. Maria' di Terni ha trovato una sua originale esplicitazione nella somma di una serie di funzioni che, fin dalle sue origini, è stata descritta come 'ospedale globale' caratterizzato da una triplice configurazione funzionale:

- ospedale di alta specializzazione;

---

<sup>5</sup> Piano Attuativo aziendale, 2013, p.5

- ospedale di comunità;
- ospedale di università e ricerca”<sup>6</sup>.

L’Azienda, nel perseguire la sua mission, si ispira ai seguenti principi: orientamento del sistema al miglioramento continuo dei servizi offerti agli utenti; facilitazione dell’accesso dei cittadini alle informazioni tramite strumenti volti a garantire la trasparenza; valorizzazione del ruolo dei professionisti, sostegno e sviluppo della ricerca e dell’offerta formativa in particolare con riferimento ai programmi di Educazione Continua in Medicina; ricerca dell’innovazione tramite l’implementazione o la revisione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e inerenti la produzione e attraverso strumenti di Project Management.

### 2.3. Il contesto esterno

Il Servizio Sanitario Nazionale è investito da problemi di molteplice origine. Infatti, se da un lato la crisi economica sta determinando un sotto finanziamento della sanità che rischia di mettere in seria difficoltà anche le regioni più virtuose, dall’altro emerge un tasso elevato di inappropriately che interessa sia il versante prescrittivo che quello organizzativo e che rischia di compromettere la qualità complessiva del sistema, rendendo difficile l’accesso alle prestazioni laddove realmente necessarie e generando un forte spreco di risorse. In tale contesto, il Sistema Sanitario Umbro ha dato prova della sua efficienza mantenendo l’equilibrio economico-finanziario senza incidere negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate e senza ricorrere all’introduzione di ticket o tasse regionali.

Al fine di mantenere un elevato livello di copertura e di qualità delle prestazioni, la Regione Umbria ha intrapreso un percorso di revisione dell’assetto giuridico del SSR e una ristrutturazione funzionale e strutturale attuata con:

- la Legge Regionale n.18/2012, tramite la quale sono state istituite due Aziende Sanitarie Locali (Asl 1- Asl 2) risultanti dall’accorpamento delle quattro Aziende preesistenti, e tramite la quale le Aziende Ospedaliere di Terni e Perugia sono state riconfermate Aziende di rilievo nazionale e di alta specialità, strutturate in Dipartimenti la cui realizzazione può avere forma interaziendale su aree omogenee se previsto da atti di programmazione regionale;
- la D.R.G. n. 970/2012, che prevede una serie di misure di riordino e razionalizzazione del SSR.

La pianificazione strategica dell’A.O. “Santa Maria” di Terni si attiene, inoltre, a quanto sancito da:

- Legge 7 agosto 2012, n. 135 di «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini»;
- Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n.70, «Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera»;
- Decreto del 21 giugno 2015, n. 208, «Piani di cui all’articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO) gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) o gli altri enti pubblici»;
- Legge Regionale del 9 aprile 2015, n. 11 «Testo Unico in materia di sanità e servizi sociali».

---

<sup>6</sup> Piano Attuativo aziendale, 2013, p.5

## 2.4. Il contesto interno

Focalizzando l'attenzione sul contesto interno è importante delineare brevemente l'organizzazione dell'Azienda. Sono organi dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni:

- il Direttore Generale, responsabile della gestione aziendale complessiva, nomina il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e le figure dirigenziali altamente qualificate;
- il Collegio di direzione, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività ed indica le soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero professionale;
- il Collegio sindacale, con compiti di controllo e vigilanza sulla regolarità dello svolgimento delle attività amministrativo-contabili.

L'area sanitaria è articolata in undici dipartimenti:

- Dipartimento di Medicina e Specialità Mediche;
- Dipartimenti di Chirurgia e Specialità Chirurgiche;
- Dipartimento di Chirurgia Testa Collo e dei Tessuti Molli;
- Dipartimento di Neuroscienze;
- Dipartimento Cardio Toraco Vascolare;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento di Emergenza Urgenza;
- Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio e Immunotrasfusionale;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Terapeutica ed Interventistica;
- Dipartimento di Oncologia;
- Dipartimento di Chirurgia dell'Apparato Digerente e di Gastroenterologia.

Completano, inoltre, l'organizzazione aziendale:

- lo Staff della Direzione Generale con due strutture: Struttura Complessa Formazione Qualità e Comunicazione e Posizione Organizzativa Servizio di Prevenzione e Protezione;
- lo Staff della Direzione Sanitaria: Struttura Semplice Dipartimentale Medicina del Lavoro, Struttura Semplice Dipartimentale Rischio Clinico, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Struttura Complessa Farmacia Interna, Struttura Complessa Psicologia e Struttura Complessa Universitaria Medicina Legale;
- lo Staff Infermieristico – Tecnico – Riabilitativo – Ostetrico (S.I.T.R.O. Struttura Complessa)
- l'Area delle Funzioni Centrali: Struttura Complessa Affari Generali e Legali e Relazioni Istituzionali, Struttura Complessa Direzione Risorse Umane, Struttura Complessa Economato e Servizi Alberghieri, Struttura Complessa Economico Finanziaria, Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale, Struttura Semplice Acquisizione Beni e Servizi, Struttura Semplice Controllo di Gestione.

## 2.5 L'azienda in cifre

Nelle tabelle seguenti, entrambe riferite all'anno 2016, vengono riportate rispettivamente le informazioni di base relative all'A.O. di Terni e le informazioni concernenti la composizione del personale suddiviso per ruolo.

L'Azienda in cifre	Anno 2016
Ricoveri ordinari	24.977
Day Hospital	3.729
Giornate di Degenza Ordinaria	170.200
Accessi DH	15.419
Prestazioni Ambulatoriali per i PZ	2.146.748
Prestazioni Ambulatoriali per i PZ	1.789.604
Accessi al Pronto Soccorso	42.657
Numero Posti Letto	509
Personale Dipendente Ospedaliero	1.663
Personale Dipendente Universitario	26

Personale dipendente al 31/12/2016

Ruolo	Numero	%
Dirigenza Medica	393	23,6
Dirigenza Sanitaria	23	1,4
Comparto Ruolo Sanitario	952	57,2
<b>Totale Ruolo Sanitario</b>	<b>1.368</b>	<b>82,3</b>
Dirigenza Professionale	1	0,1
Comparto Ruolo Professionale	1	0,1
<b>Totale Ruolo Professionale</b>	<b>2</b>	<b>0,1</b>
Comparto Ruolo Tecnico	216	13,0
<b>Totale Ruolo Tecnico</b>	<b>216</b>	<b>13,0</b>
Dirigenza Amministrativa	3	0,2
Comparto Ruolo Amministrativo	74	4,4
<b>Totale Ruolo Amministrativo</b>	<b>77</b>	<b>4,6</b>
<b>Totale</b>	<b>1.663</b>	<b>100</b>

Sintesi dell'andamento dei risultati economici

VOCE MODELLO CE	2016	2015	2014
<b>A) Valore della produzione</b>			
A.1) Contributi in c/esercizio	50.240.087	46.488.572	52.855.369
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.150.000	-7.324.000	-11.000.000
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	570.157	439.892	337.322
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	137.415.358	136.669.447	137.298.013
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.011.542	3.813.238	833.501
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.779.735	2.961.124	2.945.688
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.366.782	2.887.293	2.555.975
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	346.607	304.080	260.938
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>189.580.267</b>	<b>186.239.646</b>	<b>186.086.805</b>
<b>B) Costi della produzione</b>			
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	50.094.592	48.327.097	45.278.053
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	783.147	1.021.766	1.006.026
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	6.301.318	6.733.567	6.485.041
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	25.926.254	25.602.585	25.771.206
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7.515.314	6.902.255	6.026.707
B.4) Godimento di beni di terzi	1.400.417	2.483.323	4.753.193
<b>Totale Costo del personale</b>	<b>84.727.253</b>	<b>84.789.330</b>	<b>83.677.585</b>
B.9) Oneri diversi di gestione	1.016.596	974.226	948.329
<b>Totale Ammortamenti</b>	<b>3.967.809</b>	<b>3.539.890</b>	<b>3.143.369</b>
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	230.000	235.000	397.000
B.15) Variazione delle rimanenze	266.186	-1.261.999	438.943
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	1.920.734	1.882.691	2.359.685
<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>184.149.620</b>	<b>181.229.731</b>	<b>180.285.138</b>
<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>			
<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	<b>-40.969</b>	<b>-45.230</b>	<b>-159.630</b>
<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>			
<b>Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>			
<b>Totale proventi e oneri straordinari (E)</b>	<b>525.935</b>	<b>1.020.025</b>	<b>263.165</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)</b>	<b>5.915.612</b>	<b>5.984.710</b>	<b>5.905.202</b>
<b>Imposte e tasse</b>			
<b>Totale imposte e tasse</b>	<b>5.900.694</b>	<b>5.961.479</b>	<b>5.878.551</b>
<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	<b>14.918</b>	<b>23.231</b>	<b>26.651</b>

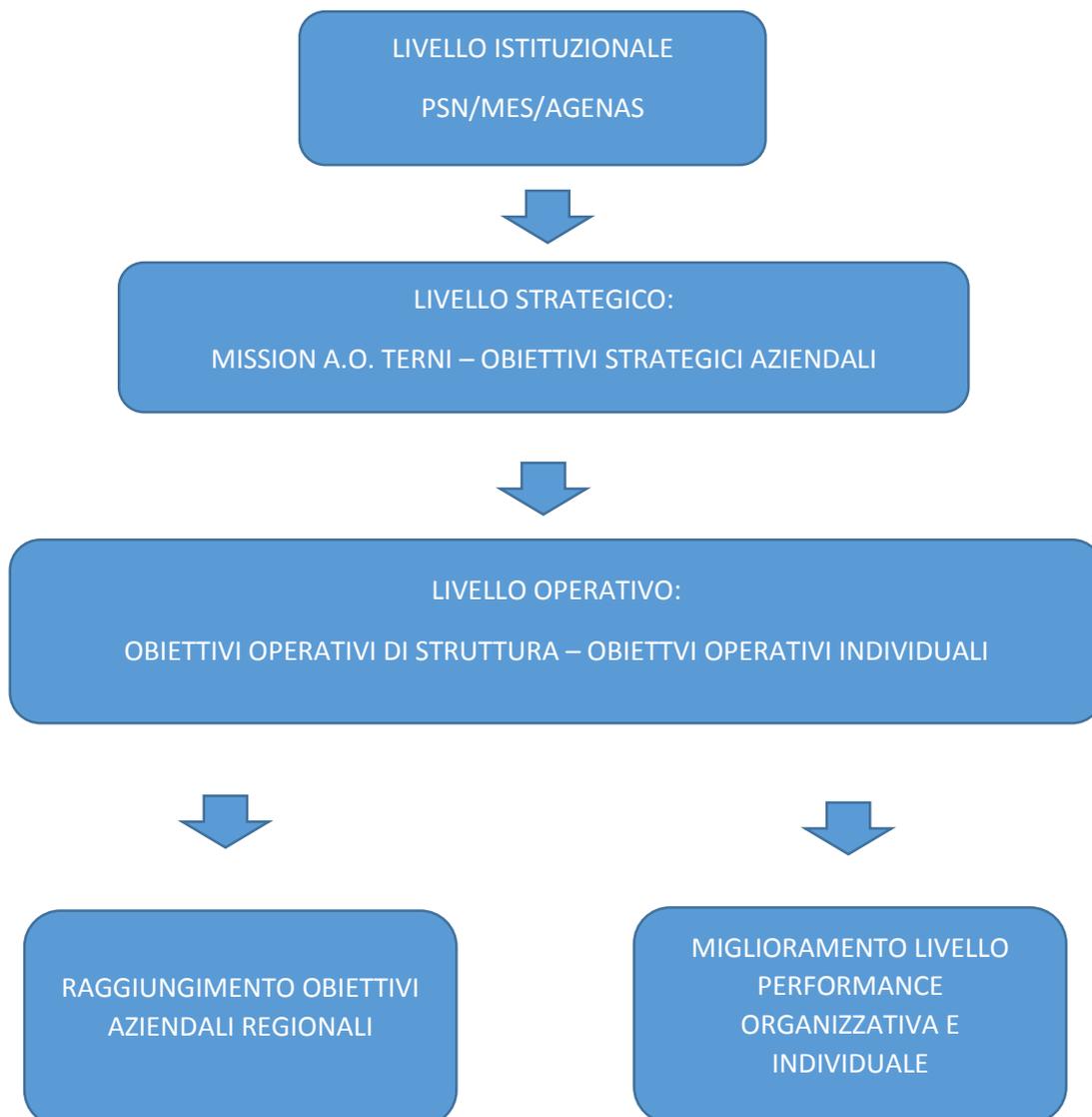
Nella tabella sopra riportata è rappresentato il Conto Economico dell'A. O. di Terni relativo al triennio 2014-2016. Dai dati presentati si evince che l'Azienda, nel suddetto triennio, ha conseguito

il pareggio di bilancio potendo anche accantonare delle quote, riportate alla voce A.2, da destinare ad eventuali futuri investimenti. Il totale dei ricavi di attività è pari ad Euro 140.195.093 ed è dato dalla somma dei ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria e dalle compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket).

Per ciò che attiene ai costi, va reso noto che le voci che più incidono sul bilancio aziendale sono, da un lato, gli acquisti di beni sanitari e, dall'altro, il costo del personale e che, mentre il valore di quest'ultimo è sostanzialmente stabile nel triennio esaminato, il costo sostenuto per l'acquisto dei beni sanitari ha subito un incremento a causa dell'introduzione di farmaci innovativi, in particolare oncologici.

### 3. L'albero della *performance*

L'albero della *performance*, come disposto dalla delibera C.I.V.I.T. n.112/2010, è una mappa logica che rappresenta graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, obiettivi strategici e piani operativi e mette in luce come obiettivi di diversa natura siano funzionali al perseguimento della mission aziendale e al miglioramento del livello della performance.



#### 4. Il ciclo di gestione della *performance*

Il ciclo di gestione della *performance*, come previsto dall'art. 4 del D. Lgs. n. 150/2009 e successive modificazioni, è lo strumento che le amministrazioni italiane sono tenute a sviluppare, in coerenza con i contenuti e con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio, ai fini dell'attuazione dei principi generali previsti all'art. 3 del sopracitato decreto. Il ciclo di gestione della *performance* è articolato in sei fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che l'azienda intende perseguire, i risultati attesi e i rispettivi indicatori, tenendo conto dei risultati conseguiti l'anno precedente rendicontati e validati nella relazione annuale della *performance*, di cui all'art. 10 del D. Lgs. n.150/2009;
- collegamento tra obiettivi individuati e allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e individuazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della *performance* individuale e organizzativa;
- utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati conseguiti agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché agli organi competenti di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



#### 4.1. Il Processo di *Budget*

L'A.O. di Terni, con Deliberazione del Direttore Generale 11 marzo 2010, n.158, ha individuato il Processo di *Budget* in qualità di strumento gestionale in grado di rappresentare il sistema di programmazione di breve periodo tramite il quale la Direzione Aziendale concorda obiettivi e risorse con i responsabili dei vari livelli aziendali e dispone obiettivi di natura economica concordati ai fini della stesura del bilancio preventivo economico annuale.

Viene identificato il Comitato di *Budget* in qualità di organismo strategico ed operativo per la programmazione e attuazione del Processo di *Budget* i cui membri vengono scelti dal Direttore Generale, che opera in qualità di Presidente del Comitato stesso, e tenendo conto in via preliminare delle seguenti figure: Direttore Amministrativo; Direttore sanitario; Responsabile Direzione Medica di Presidio; Responsabile Dipartimento Professioni Sanitarie; Responsabile Ufficio Controllo di Gestione e Responsabile Direzione Contabilità. Le strutture, sia semplici che complesse, e gli uffici di *staff*, anche di natura non dirigenziale, per i quali è possibile individuare attività svolte e risorse autonome a disposizione, vengono definiti centri di responsabilità ai fini dell'assegnazione degli obiettivi annuali.

Il Processo di *Budget* si articola in tre macro fasi:

- Programmazione: avviata con la programmazione sanitaria regionale, le linee guida per la redazione dei bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie e le delibere di assegnazione degli obiettivi aziendali. La Direzione Aziendale definisce le strategie aziendali che vengono declinate in obiettivi operativi collegati ad una serie di indicatori, tramite il processo di budget. Il controllo di gestione predispose le schede di budget composte da quattro schede riguardanti: il budget economico (valore attività-costi-efficienza); indicatori aziendali di performance, indicatori Mes ed indicatori Agenas. Le suddette schede verranno poi condivise e negoziate con i direttori di struttura in apposite riunioni. Questa prima fase si conclude con la sottoscrizione delle schede di budget da parte dei suddetti direttori.
- Monitoraggio. In corso di esercizio viene monitorato l'andamento degli indicatori e relazionato ai risultati attesi. Nell'eventualità in cui emergano situazioni non soddisfacenti si procede all'attuazione di azioni correttive volte ad individuare e ad intervenire sulle cause che hanno generato gli scostamenti.
- Verifica finale, articolata in due momenti di valutazione: preliminare e definitiva. Nella fase preliminare, il primo passo consiste nel calcolare un risultato preliminare sintetico ed omogeneo relativo al grado di raggiungimento degli obiettivi da parte di ogni centro di responsabilità. La metodologia seguita per il calcolo di tale valore è la seguente:
  - ❖ per ogni centro di responsabilità viene calcolato il totale del punteggio disponibile, dato dalla somma dei pesi degli obiettivi assegnati;
  - ❖ per ogni centro di responsabilità viene calcolato il totale del punteggio conseguito, dato dalla somma dei punteggi conseguiti nei singoli obiettivi;
  - ❖ per ogni centro di responsabilità viene calcolato il rapporto tra punteggio conseguito e punteggio disponibile;

- ❖ per ogni centro di responsabilità il risultato viene espresso in valore percentuale, al fine di consentire l'omogeneizzazione degli indicatori di risultato relativi ad ogni struttura.

Dopo la valutazione preliminare del grado di raggiungimento degli obiettivi, è previsto un approfondimento da parte del Comitato di *Budget* sui motivi di un eventuale risultato non soddisfacente al fine di individuare e confermare la presenza di fattori esogeni al centro di responsabilità, quindi non dipendenti dalla volontà del Dirigente e non prevedibili in sede di negoziazione. Qualora i suddetti fattori oggettivi vengano individuati, il Comitato di *Budget* può ricorrere ad una delle seguenti misure:

- ❖ cancellazione dell'obiettivo;
- ❖ ricalcolo del risultato raggiunto, relativamente all'obiettivo in esame, sulla base degli approfondimenti effettuati in merito all'incidenza del fattore ostativo e conseguente riassegnazione del punteggio.

Terminato il processo di verifica degli obiettivi non conseguiti, viene nuovamente calcolato il valore sintetico del grado di raggiungimento degli stessi, secondo la metodologia sopra descritta, al fine di arrivare alla sua valutazione definitiva.

FASE 1	ATTIVITA' PRELIMINARI E NEGOZIAZIONE	ANALISI PRELIMINARE, STESURA DOCUMENTI DI BASE E INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI	COMITATO DI BUDGET	DICEMBRE ANNO PRECEDENTE
		PRESENTAZIONE DEL PROCEDDO DI BUDGET E CONSEGNA DEI CIDOCUMENTI DI BASE AI CENTRI DI RESPONSABILITA'	COMITATO DI BUDGET, CENTRI DI RESPONSABILITA'	GENNAIO
		ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET	CENTRI DI RESPONSABILITA'	FEBBRAIO
		VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET E STESURA DELLA CONTROPROPOSTA	COMITATO DI BUDGET, CENTRI DI RESPONSABILITA'	FEBBRAIO
		NEGOZIAZIONE E ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI	COMITATO DI BUDGET, CENTRI DI RESPONSABILITA'	FEBBRAIO
FASE 2	CONTROLLO E ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI	ELABORAZIONE ED ANILISI DEI DATI DI ATTIVITA' E DI COSTO	COMITATO DI BUDGET	SVOLTA MENSILMENTE
		TRASMISSIONE DEI DATI AI CENTRI DI RESPONSABILITA'	COMITATO DI BUDGET	SVOLTA MENSILMENTE
		ANALISI DATI DISPONIBILI ED EVENTUALE VARIAZIONE DEI BUDGET ASSEGNATI	COMITATO DI BUDGET, CENTRI DI RESPONSABILITA'	INCONTRI PERIODICI
FASE 3	ANALISI DEI RISULTATI	VALUTAZIONE PRELIMINARE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMITATO DI BUDGET	FEBBRAIO ANNO SUCCESSIVO
		VERIFICA DEGLI OBIETTIVI NON RAGGIUNTI	COMITATO DI BUDGET, CENTRI DI RESPONSABILITA'	MARZO ANNO SUCCESSIVO
		VALUTAZIONE DEFINITIVA DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMITATO DI BUDGET	APRILE ANNO SUCCESSIVO
		TRASMISSIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI AL NUCLEO DI VALITAZIONE	COMITATO DI BUDGET	APRILE ANNO SUCCESSIVO

Con Deliberazione del Direttore Generale 22 dicembre 2016, n. 1083, avente ad oggetto l'«Approvazione note operative per la realizzazione del Progetto Pi. Co., Sistema di Pianificazione e Controllo» è stato approvato un sistema di controllo e pianificazione aziendale che costituisce il raccordo tra gli strumenti di pianificazione ed i *budget* dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate. Il progetto prevede la strutturazione di tre “tavoli”, rispettivamente: strategico, gestionale e delle risorse.

TAVOLO	MEMBRI	ATTIVITA'
TAVOLO STRATEGICO (TS)	<p>Direzione Aziendale: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario</p> <p><i>Staff</i>: Controllo di Gestione, Ufficio Bilancio, Farmacia, Professioni Sanitarie e Qualità</p>	<p>Il primo incontro del TS si articola in due momenti (novembre-dicembre anno precedente):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. aggiornamento di <i>mission</i> e <i>vision</i>; individuazione macro-obiettivi; stesura linee generali inerenti <i>budget</i>-grandi investimenti-piano assunzioni; analisi andamento economico-gestionale dell'anno in chiusura; analisi obiettivi proposti a livello nazionale e regionale.</li> <li>2. Integrazione del gruppo con i Direttori di Dipartimento. La Direzione Aziendale e lo <i>Staff</i> propongono ai Capi Dipartimento quanto concordato nella fase precedente e questi ultimi illustrano perplessità-suggerimenti-nuovi progetti.</li> </ol> <p>Il TS prende decisioni in merito agli argomenti oggetto dell'incontro e dà mandato agli altri tavoli di procedere alla programmazione dei <i>budget</i> dei Centri di Attività, Centri Sanitari di Supporto, Centri Amministrativi e Centri di Risorsa.</p>

		<p>Nel corso dell'anno il TS si riunisce con cadenza mensile al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• analizzare il lavoro di TG e TR;</li> <li>• esaminare il cruscotto direzionale;</li> <li>• richiedere approfondimenti in merito ad attività o indicatori non in linea con quanto programmato.</li> </ul> <p>Nell'anno successivo a quello di esercizio il TS esamina e convalida i risultati dei processi di <i>budget</i> e li trasmette alla Posizione Organizzativa Relazioni Sindacali ai fini della stesura della Relazione sulla <i>Performance</i> da sottoporre all'OIV.</p>
<p>TAVOLO GESTIONALE (TG)</p>	<p>Coordinatore: Direttore Sanitario</p> <p><i>Staff:</i> Controllo di Gestione, Ufficio Bilancio, Farmacia, Professioni Sanitarie e Qualità, Responsabili Centri di Attività</p>	<p>Il TG si occupa della programmazione del processo di <i>budget</i> dei Centri di Attività e della conseguente definizione annuale degli obiettivi. La negoziazione seguirà le fasi previste dalla Delibera n. 158/2010 (gennaio).</p> <p>Il TG è deputato alla gestione del processo di <i>budget</i> del Comparto Sanitario e dei Centri Sanitari di Supporto.</p> <p>Il TG si riunisce mensilmente per analizzare la reportistica sviluppata ai fini dell'analisi dell'andamento di attività e costi (Marzo-Dicembre).</p> <p>Nell'anno successivo a quello di analisi il TG elabora i risultati del processi gestiti, li valida e li trasmette al TS</p>

		(Febbraio-Giugno anno successivo).
TAVOLO DELLE RISORSE (TR)	<p>Coordinatore: Direttore Amministrativo</p> <p><i>Staff:</i> Controllo di Gestione, Ufficio Bilancio, Responsabili Centri di Risorsa</p>	<p>Il TR si occupa della costruzione del bilancio di previsione attraverso la definizione dei <i>budget</i> dei Centri di Risorsa. La negoziazione seguirà le fasi previste dalla Delibera n. 158/2010. Si occupa, inoltre, del suo aggiornamento (Febbraio).</p> <p>Il TR è deputato alla gestione del processo di <i>budget</i> dei Centri Amministrativi.</p> <p>Il TR si riunisce mensilmente per analizzare l'andamento dei costi e individuare possibili aree critiche e, se necessario, per revisionare i <i>budget</i> e riaggiornare il bilancio di previsione (Marzo-Dicembre).</p> <p>Nell'anno successivo a quello di analisi il TR elabora i risultati dei processi gestiti, li valida e li trasmette al TS (Febbraio-Giugno anno successivo).</p>

## 4.2. Il sistema di valutazione

Il processo di valutazione operato dall'A.O. di Terni può essere definito "integrato" in quanto il fondo disponibile per le premialità viene suddiviso in quote equivalenti: una da collegare ai risultati della Struttura nel processo di *budget* e l'altra da collegare alla valutazione individuale. Inoltre, sempre nell'ottica del miglioramento complessivo, l'Azienda promuove la realizzazione di progetti strategici incentivanti definiti e condivisi con il tavolo sindacale e finanziati tramite le risorse del Fondo di Risultato annuale.

### Il sistema di valutazione della Dirigenza

Per ciò che attiene la dirigenza, la valutazione permanente individuale viene svolta mediante il ricorso a schede di valutazione distinte per: Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa. Secondo quanto previsto nei «criteri del sistema di misurazione e valutazione della *performance* per l'assegnazione del trattamento accessorio della dirigenza» dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni, la scheda unica, collegata per i Dirigenti di Centri di Responsabilità agli indicatori di *performance* relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità, permette di valutare il personale dirigente nella *performance* individuale evidenziando:

- per tutti gli incarichi e ruoli ricoperti
  - il raggiungimento degli obiettivi individuali;
  - la qualità dell'esercizio del ruolo;
  - le dimostrate competenze professionali e manageriali specifiche;
  
- per tutti coloro che non sono responsabili del Centro di Attività/Costo di afferenza anche
  - nell'ambito della *performance* organizzativa, il contributo quali-quantitativo assicurato al raggiungimento della *performance* generale dell'eventuale struttura di appartenenza;

Attraverso la valorizzazione della *performance* individuale il personale dirigente accede al sistema di premialità individuale, vale a dire:

- al premio della qualità della prestazione individuale (all'incentivazione del premio della qualità della prestazione individuale è destinato il 50% delle risorse economiche disponibili annualmente a consuntivo nel "*Fondo per la Retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale*");
  
- allo sviluppo professionale (attribuzione/conferma incarichi).

D'altro canto, attraverso l'analisi dei risultati inerenti

- gli indicatori di *performance* relativi all'ambito organizzativo di eventuale diretta responsabilità;
- la valorizzazione della partecipazione alla *performance* organizzativa della struttura d'appartenenza;

il personale dirigente, accede alla retribuzione di risultato da *performance* organizzativa (all'incentivazione della retribuzione di risultato da Performance organizzativa è destinato il restante 50% delle risorse economiche disponibili annualmente nel "*Fondo per la Retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale*"). Tale misura incentiva è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati con i direttori delle strutture organizzative aziendali in sede di negoziazione di *budget*. Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire a tutto il personale dirigente afferente alla medesima struttura. Secondo quanto previsto dal processo di *budget*, al fine della perfetta implementazione della distribuzione delle risorse, è necessario procedere ad una preventiva e capillare campagna informativa circa gli obiettivi assegnati in sede di negoziazione ai singoli responsabili di struttura (responsabili centro di attività/di costo).

A tale scopo entro 15 giorni dall'assegnazione formale degli obiettivi da parte della Direzione Aziendale, con riguardo ai Dirigenti del ruolo sanitario, ogni Dirigente di Centro di Responsabilità provvederà a rendere noti gli obiettivi assegnati e ad impartire le necessarie direttive finalizzate al raggiungimento degli stessi a tutto il personale dirigente afferente le strutture. Analoga procedura è seguita nell'ipotesi di modificazione degli obiettivi in corso d'anno.

La determinazione della quota individuale della retribuzione di risultato da erogare a consuntivo a ciascun dirigente, è connessa:

- per i Responsabili di Centro di Attività/Costo
  - ❖ agli indicatori di *performance* relativi all'ambito organizzativo di eventuale diretta responsabilità;
- per tutti coloro che non sono responsabili del Centro di Attività/Costo di afferenza
  - ❖ al grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Responsabilità/Attività di afferenza e al conseguente ammontare della quota di retribuzione di risultato assegnata;
  - ❖ al proporzionale grado di partecipazione del dirigente al raggiungimento degli obiettivi dell'eventuale Centro di Responsabilità/Attività afferente valorizzato nelle modalità indicate nelle allegate schede.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Attività, si applica un criterio a scaglioni, secondo un rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi:

<b>PERFORMANCE NEGATIVA</b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi $\leq 30\%$	Nessun premio
<b>PERFORMANCE POSITIVA</b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi compresa tra il 31% e il 79 %	Quota di premio pari alla percentuale di conseguimento
<b>PERFORMANCE ECCELLENTE</b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi $\leq 80\%$	Quota di premio totalmente liquidata (100%)

Le quote incentivanti di *performance* individuale e di *performance* organizzativa sono determinate mediante la valorizzazione dei risultati attraverso la scheda di valutazione, rapportata per la *performance* organizzativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura (secondo i criteri stabiliti nella tabella sopra riportata), con abbattimento percentuale di tutte le assenze complessive anche non continuative dal servizio secondo lo schema sotto riportato:

<b>Abbattimento percentuale, sul compenso, di tutte le assenze dal servizio, anche non continuative, a qualsiasi titolo tranne il congedo ordinario.</b>			
<b>Assenze effettive</b>	<b>GIORNI PRESENZA</b>	<b>Percentuale di abbattimento delle quota incentivante spettante in base alla valorizzazione della Performance</b>	<b>%Somma spettante</b>
Fino a 15 gg di assenza dal servizio	365-350	0	100%
Dal 16° al 30° giorno di assenza dal servizio	349-335	-15%	85%
Dal 31° al 46° giorno di assenza dal servizio	334-319	-25%	75%
Dal 47° al 70° giorno di assenza dal servizio	318-295	-50%	50%
Dal 71° al 120° giorno di assenza dal servizio	294-245	-75%	25%
Dal 121° a 6 mesi	244-182	-85%	15%
Oltre 6 mesi	$\geq 181$	-100%	0
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai tre mesi ma inferiore ai 6 mesi		-75%	25%

I risparmi ricavati dall'abbattimento percentuale delle assenze sono redistribuiti proporzionalmente in base alla presenza.

Per quanto attiene i criteri di valutazione, i Dirigenti sono valutati attraverso cinque gradi di valutazione:

PUNTEGGIO	VALUTAZIONE	ESPLICITAZIONE
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
5	ECCELLENTE	Descrive un contributo ritenuto eccezionale, ovvero eccellente, in ogni aspetto e decisamente superiore alle aspettative

rispetto ai seguenti parametri, variamente calibrati e differenziati a seconda degli incarichi e dei ruoli ricoperti dai dirigenti nelle rispettive aree d'afferenza (Dirigenza Medica e Sanitaria, Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa), nell'ambito di performance considerata così come da schede allegate.

### **Il sistema di valutazione del Comparto**

Per ciò che attiene il comparto la valutazione individuale permanente è effettuata mediante la compilazione di apposita scheda di valorizzazione complessiva del personale dipendente che tiene conto di diversi elementi ed in particolare della loro incidenza rispetto alla categoria e/o profilo di appartenenza. La scheda unica permette di valutare il dipendente nella performance individuale evidenziando:

- il raggiungimento degli obiettivi individuali;
- la qualità dell'esercizio del ruolo;
- le dimostrate competenze professionali specifiche del profilo.

Nell'ambito della performance organizzativa, la scheda unica consente di valutare il contributo quali-quantitativo assicurato analizzando i risultati:

- degli specifici obiettivi di gruppo;
- del raggiungimento della performance della struttura di appartenenza.

Attraverso la valorizzazione della performance individuale il dipendente accede al sistema di premialità individuale:

- incentivazione economica di produttività individuale (all'incentivazione della produttività individuale è destinata una parte delle risorse economiche disponibili annualmente nel "*Fondo di Produttività Collettiva per il miglioramento dei servizi e per il Premio della qualità delle prestazioni individuali*");
- sviluppo professionale:
  - ❖ progressioni economiche;
  - ❖ progressioni di carriera;
  - ❖ attribuzione di posizioni organizzative.

Attraverso la valorizzazione della partecipazione alla performance organizzativa il dipendente accede alla incentivazione economica di produttività collettiva. All'incentivazione della produttività collettiva è destinata una parte delle risorse economiche disponibili annualmente nel "*Fondo di Produttività Collettiva per il miglioramento dei servizi e per il Premio della qualità delle prestazioni individuali*". Tale misura incentiva è legata al raggiungimento degli obiettivi concordati con i direttori delle strutture organizzative aziendali in sede di negoziazione di *budget*. Il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire a tutto il personale afferente alla medesima struttura.

Secondo quanto previsto dal processo di *budgeting*, al fine della perfetta implementazione della distribuzione delle risorse è necessario procedere ad una preventiva e capillare campagna informativa circa gli obiettivi assegnati in sede di negoziazione di *budget* ai singoli responsabili di struttura (responsabili centro di attività/di costo).

A tale scopo entro 15 giorni dall'assegnazione formale degli obiettivi:

- ❖ con riguardo al personale del ruolo sanitario, il Dirigente del Servizio Professioni Sanitarie provvederà, per il tramite dei rispettivi responsabili di macro area e caposala, a rendere noti gli obiettivi assegnati e ad impartire le necessarie direttive finalizzate al raggiungimento degli stessi a tutto il personale afferente le strutture;
- ❖ con riguardo al personale del ruolo amministrativo, tecnico e professionale, i Dirigenti e i responsabili delle strutture provvederanno, per il tramite degli eventuali rispettivi responsabili di posizione organizzativa, a rendere noti gli obiettivi assegnati e ad impartire le necessarie direttive finalizzate al raggiungimento degli stessi a tutto il personale afferente le stesse strutture.

Analoga procedura è seguita nell'ipotesi di modificazione degli obiettivi in corso d'anno.

La determinazione della quota individuale di incentivo di produttività collettiva da erogare a consuntivo a ciascun dipendente, è connessa:

- ❖ al grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Responsabilità/Attività e al conseguente ammontare della quota collettiva di incentivazione assegnata;

- ❖ al proporzionale grado di partecipazione del dipendente al raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità/Attività valorizzato nelle modalità indicate nelle allegate schede.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento dei risultati di ogni Centro di Attività, si applica un criterio a scaglioni, secondo un rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi, così come riportato nella seconda parte della scheda di valutazione riferita alla *performance* organizzativa.

Le quote incentivanti di performance individuale e di performance organizzativa, sono determinate dalla rispettiva valorizzazione raggiunta tramite la scheda di valutazione, rapportata per la performance organizzativa al rapporto di proporzionalità rispetto al grado di raggiungimento degli obiettivi, con abbattimento percentuale di tutte le assenze complessive anche non continuative dal servizio secondo lo schema sotto riportato:

<b>Abbattimento percentuale, sul compenso, di tutte le assenze dal servizio, anche non continuative, a qualsiasi titolo tranne il congedo ordinario.</b>			
<b>Assenze effettive</b>	<b>GIORNI PRESENZA</b>	<b>Percentuale di abbattimento delle quota incentivante spettante in base alla valorizzazione della Performance</b>	<b>%Somma spettante</b>
Fino a 15 gg di assenza dal servizio	365-350	0	100%
Dal 16° al 30° giorno di assenza dal servizio	349-335	-15%	85%
Dal 31° al 46° giorno di assenza dal servizio	334-319	-25%	75%
Dal 47°al 70° giorno di assenza dal servizio	318-295	-50%	50%
Dal 71°al 120° giorno di assenza dal servizio	294-245	-75%	25%
Dal 121°a 6 mesi	244-182	-85%	15%
Oltre 6 mesi	>=181	-100%	0
Personale cessato o di nuova assunzione con una presenza superiore almeno ai tre mesi ma inferiore ai 6 mesi		-75%	25%

I risparmi ricavati dall'abbattimento percentuale delle assenze sono redistribuiti proporzionalmente in base alla presenza.

D'altro canto la competenza per la valutazione delle prestazioni e dei risultati, in relazione agli incarichi dirigenziali ed al personale del comparto può essere rispettivamente rappresentata nel modo seguente:

Tabella competenza di valutazione dei Dirigenti

VALUTATO	VALUTATORE
INCARICO PROFESSIONALE	RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA
RESPONSABILE ALTA PROFESSIONALITA'	RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL DIRIGENTE
RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA
RESPONSABILE STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE/INTERDIPARTIMENTALE	DIRETTORE/I DEL DIPARTIMENTO/I DI APPARTENENZA
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SANITARIO RISPETTO ALL'AREA DI RIFERIMENTO
RESPONSABILI STRUTTURA IN STAFF/IN LINE ALLA DIREZIONE AZIENDALE	DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SANITARIO RISPETTO ALL'AREA DI RIFERIMENTO

Tabella competenza di valutazione del Comparto

VALUTATO	VALUTATORE
RUOLO SANITARIO	RESPONSABILE DI REPARTO (CAPOSALA)
RESPONSABILE DI REPARTO (Caposala)	COORDINATORI RESPONSABILI DI MACRO-AREA SPS
COORDINATORI RESPONSABILI DI MACRO-AREA SPS	DIRIGENTE DEL SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
RUOLO AMMINISTRATIVO C/O DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL DIPENDENTE
RUOLO AMMINISTRATIVO, TECNICO E PROFESSIONALE C/O DIREZIONI/DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI	RESPONSABILE/I DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA DELL'UFFICIO DI APPARTENENZA DEL DIPENDENTE
RESPONSABILI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA RUOLO AMMINISTRATIVO, TECNICO E PROFESSIONALE	DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL DIPENDENZA
RESPONSABILI DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA RUOLO AMMINISTRATIVO, TECNICO E PROFESSIONALE C/O STAFF DIREZIONI AZIENDALI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO/DIRETTORE SANITARIO RISPETTO ALL'AREA DI RIFERIMENTO

Il valutatore, dopo aver compilato la scheda, convoca il valutato al fine di illustrare il giudizio espresso. Nel caso in cui quest'ultimo non condivida la valutazione, è tenuto a presentare entro 10 giorni dall'incontro con il valutatore, le proprie osservazioni al Nucleo Aziendale di Valutazione che, dopo aver esaminato gli atti e sentito gli interessati in contraddittorio, si esprime in via definitiva sulla valutazione.

A seguire i preventivi inerenti le premialità per l'anno 2016.

#### Dirigenza medica

PREMI DA PERFORMANCE	
Valutabile a consuntivo della gestione dei Fondi contrattuali, così come previsto dai CCNNLL e dai CCIA vigenti	
PREMI DA PROGETTUALITA' STRATEGICA	
BUDGET 314.899,00	
Importo medio conseguibile	3.500,00

#### Performance Dirigenza SPTA

PREMI DA PERFORMANCE	
Budget 120.000,00 da integrare a consuntivo della gestione dei Fondi contrattuali, così come previsto dai CCNNLL e dai CCIA vigenti	Importo rapportato anche alle fasce parametriche di presenza così come da CCIA
Importo medio conseguibile	4.137,93
PREMI DA PROGETTUALITA' STRATEGICA	
BUDGET 106.000,00	
Importo medio conseguibile	5.500,00

## Performance 2016

PREMI DA PERFORMANCE	
Budget 532.880,00 da integrare a consuntivo della gestione dei Fondi contrattuali, così come previsto dai CCNLL e dai CCIA vigenti	Importo rapportato anche alle fasce parametriche di presenza così come da CCIA
Importo medio conseguibile	489,33
PREMI DA PROGETTUALITA' STRATEGICA	
BUDGET 150.000,00	
Importo medio conseguibile	2.400,00

## 5. Performance di struttura: Azioni strategiche ed obiettivi operativi

Le azioni strategiche individuate dall'A.O di Terni per il triennio 2017-2019 concernono il Governo Clinico, l'Health Technology Assessment, l'efficienza dei processi e l'efficacia delle cure ed, infine, l'amministrazione trasparente inserita nella rete regionale. A seguire vengono elencati per ciascun macro-obiettivo aziendale gli obiettivi operativi ed i relativi indicatori/adempimenti/azioni a seconda della tipologia di processo di assegnazione degli obiettivi annuali (centri di attività sanitaria, centri del comparto sanitario, centri sanitari di supporto, centri amministrativi).

I macro-obiettivi relativi al Governo Clinico sono:

### 1. Miglioramento appropriatezza clinica

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Miglioramento appropriatezza della degenza	Indice di performance
	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno
	% recovery in Day-Surgery
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni
	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni
Miglioramento appropriatezza del ricovero in ospedale	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati
	N° ricoveri programmati potenzialmente inappropriati (elenco 21 DRG monitorati dal Ministero)
Miglioramento appropriatezza della tempistica operatoria	PS- % Ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione
	% Fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
	% Prostatectomia transuretrale
	% Episiotomia depurata
	% Interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno
Miglioramento appropriatezza della tipologia di parto	Tempi di attesa per la Chirurgia Oncologica
	% parti cesarei depurati
	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa)
Miglioramento appropriatezza tempistica di Pronto Soccorso	Proporzioni di parti con taglio cesareo primario
	PS- % Pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti
	PS - % Pazienti con codice verde visitati entro 1 ora
	PS- % Pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore
Miglioramento qualità dell'assistenza	PS- % Pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore
	% Ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella
	% Ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume attività > 90 casi
	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume attività > 135 casi
Miglioramento appropriatezza della tempistica operatoria	% di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per TM
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
	Frattura della Tibia e del Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI / AZIONI
Miglioramento appropriatezza del ricovero in ospedale	Supporto specialistico al Pronto Soccorso al fine di ottimizzare in riduzione il tasso di ricovero: definizione delle procedure alternative al ricovero per patologie a maggiore frequenza (traumi minori, traumi cranici, diabete, ipertensione, dolore gastrico, dolore toracico, TIA) e predisposizione dei percorsi clinici integrati con l'ASL territoriale  Estensione O.B.I. pre-ricovero e post-dimissione
Miglioramento appropriatezza della prescrizione degli esami per interni	Appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio: non ripetizione degli esami di laboratorio fatti recentemente da qualsiasi richiedente; la ripetizione degli esami oltre soglia deve essere opportunamente motivata  Appropriatezza prescrittiva degli esami di radiologia: introduzione agenda di reparto per la richiesta degli esami interni al fine di assegnare codici di priorità per l'accesso alle prestazioni radiologiche e definizione di protocolli per gli esami urgenti
Miglioramento appropriatezza della prescrizione degli esami per esterni	Monitoraggio della concordanza prescrittiva per le prestazioni soggette a RAO

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI / AZIONI
Miglioramento appropriatezza degli interventi assistenziali e tecnici	Report trimestrale sull'andamento dell'attuazione delle procedure da parte del S.I.T.R.O. e del Servizio Qualità

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	Processi organizzativi Sala Operatorie
Miglioramento gestione organizzativa dei processi ospedalieri	Sviluppo e attuazione del Progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase 1: relazione e analisi dell'organizzazione attuale;</li> <li>• fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati.</li> </ul>

Miglioramento appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici	Riorganizzare, in sinergia con le aziende ospedaliere, l'integrazione Ospedale/Territorio per garantire, anche alla luce del Piano regionale cronicità, la continuità assistenziale, le dimissioni protette e i percorsi diagnostico terapeutici
Miglioramento appropriatezza della tempistica ambulatoriale	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per tutte le prestazioni specialistiche previste sottoposte a monitoraggio dei tempi di attesa
Miglioramento appropriatezza della tempistica operatoria	Garantire il rispetto dei tempi di attesa inferiori a 30 giorni dall'inserimento in lista per gli interventi di chirurgia oncologica

## 2. Miglioramento appropriatezza organizzativa

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	N° interventi Sala Operatoria
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	% ingresso inizio intervento entro le ore 08:30
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	% utilizzo Sala Operatoria
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Pronto Soccorso	PS- % di abbandoni dal Pronto Soccorso
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di ricovero	% dimissioni volontarie

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di ricovero	Nuovo modello organizzativo e gestionale della Struttura di Medicina d'Urgenza  Ridefinizione delle Unità Operative dell'Area Medica come strutture di II livello al fine di gestire la presa in carico dei pazienti 7gg/h24 e migliorare l'appropriatezza della degenza
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	Riorganizzazione secondo logiche "Lean" dell'attività chirurgica dei blocchi operatori attraverso percorsi condivisi di programmazione degli interventi, riduzione dei tempi di preparazione del paziente e ottimizzazione degli accessi

Miglioramento gestione organizzativa dei percorsi ospedalieri	<p>Sviluppo e attuazione del Progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase 1: relazione e analisi dell'organizzazione attuale;</li> <li>• fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati</li> </ul>
---	--

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Controllo della turnistica nel rispetto degli istituti contrattuali	In tempo reale. Utilizzo degli alert del programma Sigma Planner. Rispetto 100%
Miglioramento condivisione delle informazioni in merito al processo di budget	Trasmissione al S.I.T.R.O. del verbale di avvenuta condivisione degli obiettivi di struttura assegnati

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento gestione organizzativa dei processi ospedalieri	<p>Sviluppo e attuazione del Progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase 1: relazione e analisi dell'organizzazione attuale;</li> <li>• fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati.</li> </ul>
Miglioramento gestione organizzativa delle attività ambulatoriali	Riorganizzazione ambulatorio desensibilizzazione
Miglioramento gestione organizzativa delle attività ambulatoriali	Allestimento ambulatorio di diagnostica allergologica per imenotteri
Miglioramento gestione organizzativa delle attività di Sala Operatoria	Processi organizzativi Sala Operatorie

### 3. Supporto formativo finalizzato al miglioramento continuo dell'organizzazione

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Partecipazione del personale alle riunioni di reparto	Compilazione dei verbali
Partecipazione del personale agli eventi formativi	Partecipazione del personale agli eventi formativi obbligatori

#### 4. Diversificazione dell'offerta assistenziale in relazione al triplice ruolo dell'Azienda

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività specialistica ambulatoriale medio bassa specialità-regionale

#### 5. Incremento prestazioni alta specialità

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività di alta specialità	Volume attività di ricovero alta specialità regionale
Incremento della complessità della casistica	Peso medio DRG

#### 6. Miglioramento e umanizzazione dei servizi resi ai cittadini

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento della qualità percepita da parte dei pazienti	Attivazione di un sistema di customer satisfaction aziendale

#### 7. Governo del fenomeno della mobilità passiva tramite una programmazione delle attività elaborata in accordo con l'Asl territoriale

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale
Programmazione dei volumi di attività di alta specialità	Volume attività di ricovero alta specialità regionale
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento appropriatezza degli interventi assistenziali e tecnici	Report trimestrale sull'andamento dell'attuazione delle procedure da parte del S.I.T.R.O. e del Servizio Qualità

**8. Incremento della mobilità attiva realizzato attraverso accordi in ambito Regionale ed Extraregionale**

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività per pazienti di altre regioni	Volume attività di ricovero extra-regionale
Programmazione dei volumi di attività per pazienti di altre regioni	Volume attività specialistica ambulatoriale extra-regionale
Programmazione dei volumi di attività per pazienti di altre regioni	% attrazione extra-regione – DRG alta complessità

**9. Gestione integrata con i con i presidi territoriali dei *Setting* Assistenziali in ambito Chirurgico-Medico**

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale
Programmazione dei volumi di attività	Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale

**10. Integrazione Interaziendale con l'Azienda ospedaliera Universitaria di Perugia relativamente alle prestazione di alta Specialità**

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Programmazione dei volumi di attività di alta specialità	Volume attività di ricovero alta specialità regionale

## 11. Sviluppo e implementazione del modello organizzativo (ospedale per intensità di cura)

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
AZIONI STRATEGICHE	ADEMPIMENTI
Miglioramento gestione organizzativa dei percorsi ospedalieri	<p>Sviluppo e attuazione del Progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase 1: relazione e analisi dell'organizzazione attuale;</li> <li>• fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati</li> </ul>

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI / AZIONI
Miglioramento appropriatezza degli interventi assistenziali e tecnici	Report trimestrale sull'andamento dell'attuazione delle procedure da parte del S.I.T.R.O. e del Servizio Qualità
Miglioramento gestione organizzativa dei percorsi ospedalieri	<p>Sviluppo e attuazione del Progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fase 1: relazione e analisi dell'organizzazione attuale;</li> <li>• fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati</li> </ul>

## 12. Sviluppo delle competenze universitarie e della formazione delle professioni sanitarie

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Sviluppo programma della formazione aziendale	Organizzazione corsi obbligatori di formazione prevenzione e protezione (es: movimentazione carichi, antincendio)
Sviluppo programma della formazione aziendale	Programma di formazione Rischio Clinico
Sviluppo programma della formazione aziendale	Formazione inerente le raccomandazioni ministeriali LEA
Sviluppo programma della formazione aziendale	Programma "Safety Walker Around"

D'altro canto i macro-obiettivi attinenti all'Health Technology Assessment sono:

### 13. Programma di riqualificazione tecnologica, organizzativa e strutturale

CENTRI AMMINISTRATIVI	
OBIETTIVI OPERATIVI	AZIONI
Digitalizzazione dei flussi documentali di competenza	Produzione dei documenti in formato elettronico. Archiviazione e conservazione a norma
Aggiornamento continuo delle procedure PAC	Revisione delle procedure esistenti e produzione di nuove procedure in base ad eventuali necessità
Governo della leva finanziaria in ordine ai tempi di pagamento dei fornitori	Rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente
Completamento efficace delle azioni pianificate nel PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITA' ( Ex DGR n. 767/2015) entro le tempistiche definite	Produzione output previsti dal PAC
Alimentazione della piattaforma di certificazione dei crediti	Dati presenti sulla Piattaforma per la Certificazione dei Crediti (PCC) - Rapporto fra n. fatture movimentate e n. fatture valore > di 90%

### 14. Informatizzazione di tutti i processi assistenziali

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
AZIONI STRATEGICHE	ADEMPIMENTI
Informatizzazione della Degenza	Utilizzo programma J-HIS (SINCOS) per SDO, lettera di dimissione, scheda della terapia, cartella clinica integrata
Informatizzazione delle Sale Operatorie	Utilizzo programma Ormaweb per registro operatorio, lista di attesa, preospedalizzazione, cartella anestesiologicala
Informatizzazione dei Servizi	Piano di integrazione dei servizi con la cartella clinica informatizzata

Miglioramento dei livelli di collaborazione del personale ai fini dell'informatizzazione dell'attività sanitaria	Codifica nel sistema J-His Reparto delle schede nosologiche dei pazienti entro 14 giorni dalla data di dimissione (fatte salve le schede dei pazienti con TSO o in attesa di referto dell'Anatomia Patologica)
Miglioramento dei livelli di collaborazione del personale ai fini dell'informatizzazione dell'attività sanitaria	Validazione nel sistema Ormaweb dell'intervento chirurgico entro tre giorni dalla data di intervento

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI / AZIONI
Controllo della turnistica nel rispetto degli istituti contrattuali	In tempo reale. Utilizzo degli alert del programma Sigma Planner. Rispetto 100%
Informatizzazione della degenza	Utilizzo della cartella infermieristica informatizzata al termine della formazione Applicazione procedura e utilizzo del software al termine della formazione da parte del Controllo di Gestione
Informatizzazione del sistema dei trasporti interni	Utilizzo del sistema pilota per la programmazione dei trasporti interni

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Informatizzazione della degenza	Numero pazienti trasferiti-dimessi/numero pazienti totali

CENTRI AMMINISTRATIVI	
OBIETTIVI OPERATIVI	AZIONI
Monitoraggio delle attività di ricovero	Compilazione del campo "data di prenotazione DH" nelle SDO

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento delle strutture di attività	Riorganizzazione della struttura e trasferimento dei servizi di laboratorio nella nuova sede

I seguenti macro-obiettivi concernono l'efficienza dei processi e l'efficacia delle cure.

### 15. Miglioramento efficienza utilizzo risorse

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Consumo beni sanitari reparto/servizio
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Consumo beni sanitari sala operatoria
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Consumo farmaci File F
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Costo beni sanitari per Euro di attività

CENTRI DEL COMPARTO SANITARIO	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Miglioramento efficienza utilizzo personale	Razionalizzazione delle risorse umane alla luce dello standard di riferimento giornaliero e dell'organico disponibile
Miglioramento efficienza utilizzo personale	Efficienza e razionalizzazione della programmazione delle ferie pregresse (con priorità a chi ha un residuo più elevato)
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Corretta tenuta armadio farmaci
Miglioramento efficienza utilizzo altri beni e servizi	Appropriatezza della prenotazione dei pasti ordinati rispetto ai pasti necessari

CENTRI AMMINISTRATIVI	
OBIETTIVI OPERATIVI	AZIONI
GOVERNO DELLA SPESA: OSSERVANZA DELLE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA PER BENI E SERVIZI Attuazione Determinazione n.12 del 28 ottobre 2015. Attuazione Delibera ANAC n. 39 del 20 gennaio 2016. Attuazione Determinazione n. 831 del 03/08/2016 Protocollo di Intesa ANAC - Ministero Salute 21 aprile 2016.	Adozione Piano triennale di prevenzione della corruzione e Programma triennale per la trasparenza e l'Integrità. Pubblicazione e trasmissione delle informazioni all'ANAC ex art. 1, co. 32 L. n. 190/2012, s. m. i art. 8, co. 2, L. n. 69/2015.
SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI: Prevedere negli accordi azioni specifiche volte al governo della spesa per farmaci erogati direttamente da parte delle Az. Osp. e fuori dai tetti di Global Budget ('File F extra GB')	Acquisizione documentazione (trasmissione entro gg.15 dalla scadenza adempimento) e costituzione apposito tavolo Regione-Aziende
ATTIVAZIONE SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI: Monitoraggio degli equilibri	Andamento economico e breve relazione

secondo le modalità previste dalla Legge di Stabilità 2016	
Rispetto dei vincoli di crescita della SPESA DEL PERSONALE previsti dalla normativa vigente	Verifica del Bilancio di esercizio 2017

### 16. Miglioramento efficacia (outcome clinico)

CENTRI DI ATTIVITA' SANITARIA	
OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI
Riduzione tassi di mortalità	Infarto Miocardico Acuto a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
Riduzione tassi di mortalità	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Intervento chirurgico per Tm polmone: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di mortalità	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
Riduzione tassi di complicanze nei parti	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
Riduzione tassi di complicanze nei parti	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio

Per concludere, vengono di seguito riportati i macro-obiettivi attinenti la trasparenza e l'integrazione tra A.O. di Terni, Regione Umbria e le altre Aziende sanitarie regionali.

### 17. Implementazione del sistema Trasparenza e Anticorruzione

CENTRI AMMINISTRATIVI	
OBIETTIVI OPERATIVI	AZIONI
Anticorruzione: Mappatura dei rischi	Mappatura e analisi dei processi, individuazione/rivalutazione dei rischi alla luce delle misure esistenti e valutazione sui nuovi rischi da inserire.

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Incremento dell'attività di sinergia tra Medici di medicina generale e specialisti ospedalieri volta a ridurre l'utilizzo improprio dei farmaci compresi gli antibiotici
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Azioni di efficientamento della spesa sanitaria con particolare riferimento alle voci di costo per la farmaceutica per gli acquisti: costo complessivo ≤ al 2016.
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Consumo beni sanitari intero ospedale

### 18. Sviluppo dei rapporti con la Regione Umbria e le altre Aziende Sanitarie Regionali

CENTRI AMMINISTRATIVI	
OBIETTIVI OPERATIVI	AZIONI
SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI: Stipula accordi	Acquisizione documentazione (trasmissione entro gg.15 dalla scadenza adempimento)
SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI: Prevedere negli accordi azioni specifiche volte al governo della spesa per farmaci erogati direttamente da parte delle Az. Osp. e fuori dai tetti di Global Budget ('File F extra GB')	Acquisizione documentazione (trasmissione entro gg.15 dalla scadenza adempimento) e costituzione apposito tavolo Regione-Aziende

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO	
OBIETTIVI OPERATIVI	ADEMPIMENTI/AZIONI
Miglioramento efficienza utilizzo beni sanitari	Incremento dell'attività di sinergia tra Medici di medicina generale e specialisti ospedalieri volta a ridurre l'utilizzo improprio dei farmaci compresi gli antibiotici
Miglioramento appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici	Riorganizzare, in sinergia con le aziende ospedaliere, l'integrazione Ospedale/Territorio per garantire, anche alla luce del Piano regionale cronicità, la continuità assistenziale, le dimissioni protette e i percorsi diagnostico terapeutici

## 6. Performance individuale: Criteri per la valutazione del personale

Per quanto attiene la Dirigenza Medica e Sanitaria gli obiettivi sui quali viene valutata sono i seguenti:

- capacità tecnico specialistiche nella gestione della casistica semplice e complessa;
- *problem solving*, inteso come livello di analisi e diagnosi dei problemi, della gestione e organizzazione di soluzioni costruttive e alternative;
- capacità di porre in essere piani di lavoro integrati multiprofessionali, anche con altre unità operative, ponendo attenzione ad eventuali correttivi introdotti;
- i responsabili della valutazione vengono esaminati in relazione alla loro capacità di valutare i propri collaboratori, dimostrata attraverso una significativa differenziazione dei giudizi espressi;
- propensione ad instaurare relazioni con professionisti di altre strutture finalizzata all'integrazione organizzativa;
- orientamento ai bisogni dell'utenza, in termini di capacità di orientare le azioni in corrispondenza di una interpretazione dei bisogni dei pazienti;
- contributo alle strategie aziendali;
- percezione e valorizzazione del gruppo in termini di positiva interazione con tutti i ruoli organizzativi nello spirito di riconoscere e valorizzare le differenti competenze distintive;
- disponibilità a collaborare tenendo conto della capacità di affrontare e risolvere con equilibrio eventuali incomprensioni/conflitti al fine di pervenire a risultati utili condivisi;
- apporto positivo al lavoro di gruppo tenendo conto della formulazione di proposte e condivisione di informazioni.

A seguire vengono sintetizzati gli obiettivi di *performance* individuale relativi al personale del comparto sanitario:

- capacità del dipendente di conferire rilievo alle informazioni raccolte finalizzandole alla qualità degli atti sanitari da svolgere, capacità di valorizzare le specificità dell'assistito in relazione ad età, sesso, etnia, cultura e valori di riferimento;
- puntualità e rispetto dell'orario di servizio e delle regole previste in caso di assenza; disponibilità a far fronte ad esigenze impreviste dell'articolazione in cui presta la propria attività;
- capacità di tenere atteggiamenti rispettosi ed accoglienti nei confronti delle persone rispettandone sentimenti, opinioni, difficoltà, ansie e preoccupazioni;
- garanzia della riservatezza di tutte le informazioni raccolte e rispetto del diritto dell'intimità della persona limitando le situazioni che possono procurarne il pregiudizio;
- capacità di basare il proprio operato su conoscenze validate e sull'aggiornamento dei saperi e delle competenze mediante la partecipazione ad attività di formazione permanente, la riflessione critica e la ricerca;
- consapevolezza che il consenso ad una prestazione sanitaria è diritto di ogni cittadino, pertanto si adopera per garantire che la persona, debitamente informata, possa giungere ad una accettazione consapevole della prestazione propostagli;

- capacità di operare per la corretta e puntuale applicazione della Legge 38/2010 «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore» con particolare attenzione agli articoli 7 ed 8;
- capacità di orientare la propria azione al bene dell'assistito, esaltando le risorse dello stesso per affinché raggiunga la massima autonomia possibile, soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità.

## 7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento

### 7.1. Le fasi, i soggetti e i tempi della redazione del Piano

Fase del Processo	Soggetti Coinvolti	Arco temporale mesi															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1	Definizione dell'identità dell'organizzazione	Direzione Aziendale e Staff della Direzione Generale (TS)															
2	Analisi del contesto interno ed esterno	Direzione Aziendale e Staff della Direzione Generale (TS)															
3	Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie	Direzione Aziendale e Staff della Direzione Generale (TS)															
4	Definizione degli obiettivi e dei piani operativi	Direzione Aziendale e Controllo di Gestione															
5	Stesura Piano della Performance	Direzione Aziendale, Controllo di Gestione e Relazioni Sindacali															
6	Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno	Direzione Aziendale, Controllo di Gestione e Relazioni Sindacali															

### 7.2. Coerenza con le fasi di programmazione finanziaria

L'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni adotta un modello di bilancio preventivo al quale ricorre sia per svolgere il monitoraggio trimestrale che per valutare i risultati finali consuntivati dall'Azienda. Al ritardo con cui a livello nazionale vengono ripartite le quote del Fondo Sanitario Nazionale consegue la parziale assegnazione di risorse, che avviene annualmente in sede di programmazione, e la costruzione di un bilancio preventivo contenuto sul fronte dei costi. In corso d'anno, vengono incrementate le risorse messe a disposizione e dunque "riemergono" i costi ad esse correlati realizzando così una reale rappresentazione dell'andamento economico. Ciò comporta una difficoltà di collegamento tra l'impiego, ai fini programmatici, del bilancio preventivo e lo strumento del *budget*.

Per arginare tale problematica l'Azienda ricorre alla costruzione di un bilancio detto "gestionale". Sul versante dei costi viene composto un *budget* mediante la negoziazione tra Direzione Aziendale e centri di risorsa: nel corso di apposite riunioni, che hanno luogo tra dicembre e gennaio, i responsabili delle strutture deputate agli acquisti di beni e servizi dall'esterno propongono delle spese da effettuare nel corso dell'anno che potranno essere autorizzate o meno dalla Direzione. La somma delle spese negoziate determina la previsione dei costi secondo il bilancio di gestione. Sul versante dei ricavi, invece, la previsione gestionale si ottiene dalle negoziazioni con i responsabili dei centri di attività, nel rispetto delle regole vigenti che presidiano gli accordi tra le aziende. Durante tali riunioni sono assegnati anche i budget dei beni sanitari. Costi e ricavi così delineati compongono il bilancio gestionale al quale la Direzione Aziendale ricorre per orientare le scelte di autorizzazione di spesa.

### **7.3 Azioni per il miglioramento**

Al fine di migliorare l'efficacia del ciclo di gestione della *performance*, l'A.O. si impegnerà, in primo luogo, ad incrementare la coerenza delle tempistiche e delle attività programmate nelle riunioni dei tavoli, strategico-gestionale-delle risorse, delle azioni gestite dai gruppi di lavoro e della reportistica aziendale al fine di migliorare l'efficacia del processo di budget nel perseguire gli obiettivi prefissati.

In secondo luogo, in considerazione delle azioni suggerite dal Nucleo Interno di Valutazione, l'A.O. di Terni si impegnerà a revisionare i regolamenti inerenti sia il processo di *budget* che il sistema di valutazione del personale. Le variazioni apportate verranno recepite nell'aggiornamento al presenta Piano della Performance per l'anno 2018.

In terzo luogo, in un'ottica di continuo miglioramento, è auspicabile che l'Azienda perfezioni le modalità di definizione degli obiettivi focalizzando l'attenzione verso fenomeni rappresentabili mediante l'impiego di indicatori e migliorando la qualità dei sistemi informativi aziendali al fine di creare delle basi dati solide e sempre più attendibili.

## 8. Allegati Tecnici

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>	
<b>PIANO DEI CENTRI DI ATTIVITA' - ANNO 2017</b>	
<b>COD</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
<b>01</b>	<b>DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE</b>
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Geriatra
0103	Endocrinologia e DH medico
0105	Oncoematologia
0106	Malattie apparato respiratorio
0107	Clinica delle malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Clinica dermatologica
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna
0114	Lungodegenza
<b>02</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE</b>
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0204	Chirurgia generale / chirurgia breve ed ambulatoriale
0207	Urologia
0208	Chirurgia urologica miniinvasiva
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0211	Chirurgia plastica e ricostruttiva
<b>03</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI</b>
0301	Oculistica
0302	Clinica otorinolaringoiatrica e patologia cervico-facciale
0303	Chirurgia maxillo-facciale
<b>04</b>	<b>DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE</b>
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Neuroriabilitazione e medicina fisica
0404	Neurofisiopatologia
<b>05</b>	<b>DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE</b>
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0504	Elettrofisiologia
0505	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC)
0506	Cardioanestesia (T.I.P.O.)
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare
<b>06</b>	<b>DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE</b>
0601	Ostetricia e ginecologia
0602	Clinica pediatrica
0603	Neonatologia e patologia neonatale - T.I.N.
<b>07</b>	<b>DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA</b>
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso accettazione astanteria
0704	Medicina d'urgenza
<b>08</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONAL</b>
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>	
<b>PIANO DEI CENTRI DI ATTIVITA' - ANNO 2017</b>	
<b>09</b>	<b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA</b>
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia e R.M.N.
0903	Medicina nucleare
<b>11</b>	<b>DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA</b>
1101	Oncologia medica
1102	Radioterapia
1103	Istituto di anatomia patologica
<b>12</b>	<b>DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE E DI GASTROENTEROLOGIA</b>
1201	Chirurgia digestiva e unità del Fegato
1202	Gastroenterologia epatologica
1203	Endoscopia operativa

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>		
<b>PIANO CENTRI COMPARTO SANITARIO - ANNO 2017</b>		
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 1</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
01	MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE	-
0101		CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA MEDICA
0102		GERIATRIA
0103		ENDOCRINOLOGIA E DAY HOSPITAL MEDICO
0104		MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO (DEGENZA)
0105		CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE/NEFROLOGIA/DAY HOSPITAL MALATTIE INFETTIVE
0106		ONCOEMATOLOGIA
0107		DIALISI E NEFROLOGIA AMBULATORIALE
0108		CLINICA DERMATOLOGICA
0109		DIABETOLOGIA, DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA
0110		MEDICINA INTERNA
0111		LUNGODEGENZA
0112		AREA MEDICA
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 2</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
02	CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE	-
0201		POLO UROLOGICO DAY WEEK
0202		POLO UROLOGICO DEGENZA E LITOTRISSIA
0203		CHIRURGIA DELLA MANO-DIVISIONE ORTOPEDICA
0204		CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITA' CHIRURGICHE
0205		CHIRURGIA BREVE
0206		DH ORTOPEDICO E PS ORTOPEDICO
0207		POLIAMBULATORI
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 3</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
03	CHIRURGIA TESTA COLLO E TESSUTI MOLLI	-
0301		DH OCULISTICO
0302		A.I. TESTA COLLO E TORACO-VASCOLARE
0303		AMBULATORIO DI CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOSCOPIA TORACICA

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>		
<b>PIANO CENTRI COMPARTO SANITARIO - ANNO 2017</b>		
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 4</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
04	NEUROSCIENZE	-
0401		NEUROCHIRURGIA
0402		NEUROLOGIA E STROKE UNITE
0404		NEUROFISIOPATOLOGIA
0405		U.G.C.A.
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 5</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
05	CARDIO-TORACO-VASCOLARE	-
0501		CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA
0502		EMODINAMICA-CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA-SERVIZIO AMBULATORIALE DI CARDIOLOGIA
0503		TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA E T.I.P.O.
0504		AREA CARDIOLOGICA WEEK HOSPITAL
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 6</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
06	MATERNO INFANTILE	-
0601		OSTETRICA E GINECOLOGIA (DIVISIONE GINECOLOGICA)
0602		OSTETRICA ROOMING-IN 8 DIVISIONE OSTETRICA)
0603		SALA PARTO INFERMIERI
0605		SALA PARTO OSTETRICHE
0606		CLINICA PEDIATRICA
0607		NEONATOLOGIA E PATOLOGIA NEONATALE-T.I.N.
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 7</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
07	MERGENZA E URGENZ.	-
0701		ANESTESIA E RIANIMAZIONE
0702		PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE ASTANTERIA
0703		MEDICINA D'URGENZA
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 8</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
08	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO ED IMMUNITRASFUSIONALE	-
0801		IMMUNOMATOLOGIA E TRASFUSIONALE (INFERMIERI)
0802		IMMUNOMATOLOGIA E TRASFUSIONALE (TECNICI)
0803		LABORATORIO ANALISI
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 9</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
09	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA E INTERVENTISTICA	-
0901		R.M.N.
0902		RADIOLOGIA
0903		ANGIOGRAFIA E NEUROANGIOGRAFIA
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 11</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
11	ONCOLOGIA	-
1101		ONCOLOGIA MEDICA
1102		RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
1103		RADIOPROTEZIONE
1104		ISITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
1105		ONCOLOGIA DAY HOSPITAL
		44

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>		
<b>PIANO CENTRI COMPARTO SANITARIO - ANNO 2017</b>		
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 12</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
12	CHIRURGIA	-
1201	APPARATO DIGERENTE E	CHIRURGIA DIGESTIVA E UNITA' DE FEGATO
1202	GASTROENTEROLOGI	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
<b>CODICE</b>	<b>DIPARTIMENTO 14</b>	<b>STRUTTURA OPERATIVA</b>
14		-
1401	SALE OPERATORIE	PIASTRA OPERATORIA
1402		SALA OPERATORIA 2 PIANO-S.O. OCULISTICO-S.O. POLIAMBULATORI
	P.O. BED MANAGER	
	P.O. SICUREZZA E FORMAZIONE	
	P.O. SERVIZI ESTERNALIZZATI	

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>
<b>PIANO DEI CENTRI SANITARI DI SUPPORTO- ANNO 2017</b>
Struttura Complessa Formazione Qualità e Comunicazione
Servizio di Prevenzione e Protezione
Struttura Semplice Dipartimentale Medicina del Lavoro
Struttura Semplice Dipartimentale Rischio Clinico
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
Struttura Complessa Farmacia Interna
Struttura Complessa Psicologia
Struttura Complessa Universitaria Medicina Legale
Staff Infermieristico-Tecnico-Riabilitativo-Ostetrico (S.I.T.R.O.)

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>	
<b>PIANO DEI CENTRI AMMINISTRATIVI- ANNO 2017</b>	
	Struttura Complessa Affari Generali e Legali e Relazioni Istituzionali
	Struttura Complessa Direzione Risorse Umane
	Struttura Complessa Economato e Servizi Alberghieri
	Struttura Complessa Economico Finanziaria
	Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale
	Struttura Semplice Acquisizione Beni e Servizi
	Struttura Semplice Controllo di Gestione

<b>AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" - TERNI</b>	
<b>PIANO DEI CENTRI DI RISORSA - ANNO 2017</b>	
AZ20-A010	Servizio di Prevenzione e Prevenzione
AZ20-A020	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
AZ20-A030- AZ20-A034	Struttura Complessa farmacia Interna
AZ20-P010 AZ20-P020	Direzione Complessa Direzione Risorse Umane
AZ20-P030	Struttura Semplice Acquisizione beni e Servizi
AZ20-Q010	Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale
AZ20-Q015	Struttura Complessa Economato e Servizi Alberghieri
AZ20-Q020	Struttura Semplice Controllo di Gestione
AZ20-Q030	Struttura Complessa Affari Generali e Legali e Relazioni Istituzionali
AZ20-Q060	Struttura Complessa Formazione Qualità e Comunicazione
AZ20-Q080	Struttura Complessa Economico Finanziaria

<b>SCHEMA 1: BUDGET ECONOMICO</b>			
<b>1a) VALORE ATTIVITA'</b>			
<i>Indicatore</i>	<i>risultato 2016</i>	<i>primi 10 mesi</i>	<i>obiettivo 2017</i>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	55.108.384	55.589.669	56.313.869
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	21.549.905	23.177.234	22.436.927
Volume attività di ricovero extraregionale	21.148.798	20.597.451	21.382.885
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>	<b>97.807.087</b>	<b>99.364.354</b>	<b>100.133.681</b>
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	25.508.765	26.710.103	26.092.153
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.442.715	3.669.407	3.592.825
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>28.951.480</b>	<b>30.379.510</b>	<b>29.684.978</b>
<b>Totale Volume Attività</b>	<b>126.758.567</b>	<b>129.743.863</b>	<b>129.818.659</b>
<b>1b) COSTI</b>			
<i>Indicatore</i>	<i>risultato 2016</i>	<i>primi 10 mesi</i>	<i>obiettivo 2017</i>
<b>COSTI BENI SANITARI</b>			
Consumo beni sanitari reparto / servizio	17.534.975	17.921.939	17.886.828
Consumo beni sanitari sala operatoria	19.528.303	20.561.288	20.512.264
<b>Totale Costi Beni Sanitari al netto del file F</b>	<b>37.063.278</b>	<b>38.483.227</b>	<b>38.399.092</b>
Consumo farmaci File F	13.242.719	10.428.880	12.215.006
<b>Totale Costi Beni Sanitari</b>	<b>50.305.997</b>	<b>48.912.107</b>	<b>50.614.098</b>
<b>1c) EFFICIENZA</b>			
<i>Indicatore</i>	<i>risultato 2016</i>	<i>primi 10 mesi</i>	<i>obiettivo 2017</i>
Costo beni sanitari per euro di attività	0,2924	0,2966	0,2958
<b>SCHEMA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE</b>			
<i>Indicatore</i>	<i>risultato 2016</i>	<i>primi 10 mesi</i>	<i>obiettivo 2017</i>
Incremento complessità della casistica - peso medio DRG	1,14	1,18	1,15
Inappropriatezza della degenza - indice di performance	101,1	99,1	101,0
N° ricoveri ordinari programmati potenzialmente inappropriati (Elenco 21 DRG monitorati dal Ministero)	1.413	1.232	1.413
N° interventi chirurgici sala operatoria	18.591	19.205	18.690
% ingresso inizio intervento entro le ore 08:30	9,8	14,3	80,0
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (PIASTRA)		84,0	85,0
% utilizzo sala operatoria escluso turn over (PIASTRA)		69,9	75,0
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (II PIANO)		88,6	85,0
% utilizzo sala operatoria escluso turn over (II PIANO)		75,0	75,0

Cruscotto direzionale anno 2017

<b>SCHEDA 3: INDICATORI MES</b>			
<b>Definizione</b>	<b>risultato 2016</b>	<b>primi 10 mesi</b>	<b>obiettivo 2017</b>
degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	1,03	0,89	1,15
% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	4,02	4,98	55,00
% ricoveri in Day-Surgery	39,66	52,09	65,00
% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	40,69	63,02	67,00
% Prostatectomia transuretrale	90,06	88,17	85,00
% parti cesarei depurati	17,79	19,91	20,00
% episiotomia depurata	58,78	38,19	25,00
% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	3,79	4,09	5,00
% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	86,71	90,80	75,00
tempi di attesa per la chirurgia oncologica	42,88	44,56	30,00
% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	3,29	3,51	3,00
PS - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	67,27	64,23	80,00
PS - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	57,46	58,96	80,00
PS - % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	73,00	72,79	85,00
PS - % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	96,87	97,34	90,00
PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	57,89	58,65	65,00
% ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella	0,00	100,00	80,00
% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	67,37	57,50	80,00
% attrazione extra regione - DRG alta complessità	24,41	25,20	18,81
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	6,71	6,25	2,50
% dimissioni volontarie	1,79	1,19	0,70

**SCHEDA 4: INDICATORI AGENAS PNE**

<b>Definizione</b>	<b>risultato 2016</b>	<b>primi 10 mesi</b>	<b>obiettivo 2017</b>
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,8	9,0	8,0
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	60,5	59,0	45,0
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	6,7	6,3	9,0
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	1,3	0,0	1,5
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	4,2	0,9	1,5
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,0	2,4	1,0
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,3	7,6	10,0
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,2	1,2	1,5
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	4,5	3,8	7,0
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	73,5	74,5	70,0
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,3	100,0	80,0
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	83,5	100,0	80,0
% di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per TM			
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,0	0,0	0,5
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	0,0	16,7	4,0
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	1,3	7,1	3,0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,7	22,3	25,0
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,1	0,1	0,2
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,8	1,0	0,3
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	39,8	59,1	60,0
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	5,1	3,0	4,0

Esempio di scheda di budget dei Centri di Attività anno 2017 (segue...)

<b>Budget 2017</b>				
Dipartimento 02: Chirurgia e Specialità Chirurgiche - Responsabile				
Struttura operativa: Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche		Codice: 0201		
Responsabile:				
<b>SCHEDA 1: BUDGET ECONOMICO</b>				
<b>1a) VALORE ATTIVITA'</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	4.126.086	3.820.352	3.820.352	10
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	640.684	776.293	776.293	10
Volume attività di ricovero extraregionale	1.557.995	1.529.163	1.529.163	10
<b>Totale Volume Attività di Ricovero</b>	<b>6.324.765</b>	<b>6.125.808</b>	<b>6.125.808</b>	
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	80.050	74.098	74.098	6
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	8.448	8.077	8.077	1
<b>Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale</b>	<b>88.498</b>	<b>82.175</b>	<b>82.175</b>	
<b>Totale Volume Attività</b>	<b>6.413.263</b>	<b>6.207.983</b>	<b>6.207.983</b>	
* Gli obiettivi di attività indicati saranno rivalutati in base alla variazione delle sedute operatorie assegnate				
<b>1b) COSTI</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
<b>COSTI BENI SANITARI</b>				
Consumo beni sanitari reparto	211.193	200.947	200.947	8
Consumo farmaci File F				
Consumo beni sanitari servizio				
Consumo beni sanitari sala operatoria alto costo	795.942	787.490	787.490	10
<b>Totale Costi Diretti</b>	<b>1.007.135</b>	<b>988.437</b>	<b>988.437</b>	
Consumo beni sanitari costi comuni reparto	116.738	120.510		0
Consumo beni sanitari costi comuni sala operatoria				
* Gli obiettivi di costo indicati saranno rivalutati in base alla variazione dei volumi di attività prodotti				
<b>1c) EFFICIENZA</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
Costo beni sanitari per euro di attività	0,1570	0,1592	0,1592	
<b>SCHEDA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
Incremento complessità della casistica - peso medio DRG	1,04	1,07	1,07	10
Inappropriatezza della degenza - indice di performance	112,9	120,5	100,0	10
N° ricoveri ordinari programmati potenzialmente inappropriati (Elenco 21 DRG monitorati dal Ministero)	87	73	73	10
% inizio intervento con incisione del paziente entro le ore 08:30	78,5	81,5	85,0	10
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (PIASTRA)		89,6	85,0	4
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (II PIANO)		58,9	85,0	2
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (CHIRURGIA DELLA MAMMELLA - II PIANO)		93,2	85,0	2
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (CHIRURGIA DELLA TIROIDE - II PIANO)		97,3	85,0	2

Esempio di scheda di budget dei Centri di Attività anno 2017 (...segue)

<b>SCHEDA 3: INDICATORI MES</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
C3.4 - degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	1,07	0,94	<= 1,00	10
C4.4 - % colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	0,00	0,00	>= 55,00	0
C4.7 - % ricoveri in Day-Surgery	36,69	42,03	>= 65,00	3
C10.2.1 - % interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	88,32	87,02	>= 75,00	10
C10c - Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	25,30	31,86	<= 30,00	5
C14.4 - % ricoveri medici oltresoglia >=65 anni	6,84	5,06	<= 3,00	10
C17.1.1 Intervento chirurgico per TM mammella: interventi in reparti con volume di attività > 150 casi	138	145	>= 150 casi	10
D18 - % dimissioni volontarie	2,23	1,98	<= 0,70	15
C30.3.2.2 - % attrazione extraregionale - DRG Alta Complessità	28,16	28,67	>= 18,81	10
<b>SCHEDA 4: INDICATORI AGENAS PNE</b>				
<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2015</i>	<i>Stime 2016</i>	<i>Obiettivo 2017</i>	<i>Peso</i>
CG01 - Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	22,8	38,1	>= 80,0	10
CG02 - Colecistectomia laparoscopica: interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	126	146	>= 90 casi	10
CO01 - Intervento chirurgico per TM mammella: interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	139	144	>= 135 casi	10
CO04 - Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	0,0	0,0	<= 2,0	10
CO05 - Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	2,2	2,3	<= 1,0	10
<b>SCHEDA 5: OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI</b>				
<i>Informatizzazione</i>				<i>Peso</i>
Informatizzazione degenza: utilizzo programma J-HIS (SINCOS) per SDO, lettera di dimissione, scheda della terapia, cartella clinica integrata				10
Informatizzazione sale operatorie: utilizzo programma Ormaweb per registro operatorio, lista di attesa, preospedalizzazione, cartella anestesologica				10
<i>Gestione Accesso Ricoveri</i>				<i>Peso</i>
Supporto specialistico al Pronto Soccorso al fine di ottimizzare in riduzione il tasso di ricovero: definizione delle procedure alternative al ricovero per patologie a				10
Estensione O.B.I. pre-ricovero e post-dimissione				10
<i>Gestione Sale Operatorie</i>				<i>Peso</i>
Riorganizzazione secondo logiche "Lean" dell'attività chirurgica dei blocchi operatori attraverso percorsi condivisi di programmazione degli interventi, riduzione				10
<i>Appropriatezza della prescrizione</i>				<i>Peso</i>
Appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio: non ripetizione degli esami di laboratorio fatti recentemente da qualsiasi richiedente; la ripetizione degli esami oltre soglia deve essere opportunamente motivata				10
Appropriatezza prescrittiva degli esami di radiologia: introduzione agenda di reparto per la richiesta degli esami interni al fine di assegnare codici di priorità per l'accesso alle prestazioni radiologiche e definizione di protocolli per gli esami urgenti				10
<i>RAO</i>				<i>Peso</i>
Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni soggette a RAO				10
<i>Progetto Goal</i>				<i>Peso</i>
Sviluppo e attuazione del progetto Goal di formazione continua attraverso l'individuazione degli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori (Fase 1: rilevazione e analisi dell'organizzazione attuale - Fase 2: implementazione dei nuovi modelli organizzativi e individuazione degli indicatori correlati)				10
<b>ADEMPIMENTI SPECIFICI</b>				
Codifica nel sistema J-HIS Reparto delle schede nosologiche dei pazienti entro 14 giorni dalla data di dimissione (fatte salve le schede dei pazienti con TSO o in attesa di referto dall'Anatomia Patologica)				
Validazione nel sistema Ormaweb dell'intervento chirurgico entro tre giorni dalla data dell'intervento				
<b>Tenuto conto della preminente importanza ai fini del regolare funzionamento del sistema informativo aziendale e dei vincoli imposti a livello Ministeriale e Regionale, il mancato rispetto degli adempimenti sopra indicati determinerà l'abbattimento della percentuale di conseguimento degli obiettivi aziendali di 50 punti percentuali</b>				

Esempio di scheda di budget del Comparto Sanitario anno 2017

<b>Budget 2017</b>					
Dipartimento 01: Medicina e Specialità Mediche					
Struttura operativa: Clinica Medica Generale e Terapia Medica (Degenza)					
Caposala:					
Codice 0101					
<b>OBIETTIVI</b>					
<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Adempimento eseguito 2017</b>	<b>Risultato 2016</b>	<b>Valore negoziato 2017</b>	<b>Peso</b>
<b>Informatizzazione</b>					
1) Gestione informatizzata movimento pazienti, con particolare riferimento alle dimissioni /trasferimenti	n.pz. trasferiti-dimessi/n. pz. totali				<b>10</b>
2) Implementazione della cartella infermieristica nel sistema J-His nel rispetto del cronoprogramma aziendale	Utilizzo della cartella infermieristica informatizzata al termine della formazione				<b>10</b>
3) implementazione procedura utilizzo software relativo alla gestione dei posti letto	applicazione procedura e utilizzo del software al termine della formazione da parte del Controllo di gestione				<b>10</b>
4) Aggiornamento della turnistica informatizzata. Controllo della turnistica nel rispetto degli istituti contrattuali	In tempo reale. Utilizzo degli alert del programma Sigma Planner. Rispetto del 100%				<b>10</b>
5) utilizzo del sistema pilota per la programmazione dei trasporti interni ospedalieri tramite ditta	In tempo reale in ottemperanza alla nuova organizzazione				<b>10</b>
<b>Gestione del personale</b>					
6) Razionalizzazione delle risorse umane alla luce dello standard di riferimento giornaliero e dell'organico disponibile	Riduzione del 5% degli straordinari rispetto a quelli del 2016		402,08	381,98	<b>10</b>
7) Efficienza e razionalizzazione della programmazione delle ferie pregresse (con priorità a chi ha un residuo più elevato)	Presentazione di un piano di smaltimento . Report trimestrale dell'andamento				<b>10</b>
8) Riunioni di reparto bimestrali congiuntamente alla P.O.	Compilazione del relativo verbale n. verbali 4/4				<b>5</b>
9) Trasmissione al S.I.T.R.O. del verbale di avvenuta condivisione degli obiettivi di struttura assegnati	Compilazione del relativo verbale				<b>5</b>
<b>Qualità dell'assistenza</b>					
10) Migliorare l'appropriatezza degli interventi assistenziali e tecnici	applicazione delle tre procedure elaborate nel 2016 controllo indicatori quelli previsti nelle rispettive procedure				<b>10</b>
11) Corretta tenuta armadio farmaci	Compilazione check list e verbale bimestrale alla P.O. n. verbali 4/4				<b>10</b>
<b>Servizi Esternalizzati</b>					
12) appropriatezza della prenotazione dei pasti ordinati rispetto ai pasti necessari	n. pasti ordinati/n. pasti prenotabili ≤100%				<b>10</b>
<b>Formazione</b>					
13) Partecipazione del personale agli eventi formativi obbligatori	convocazioni / presenze = 100%				<b>5</b>
<b>Obiettivi Specifici</b>					
14) Lesioni da pressione compilazione schede in entrata ed uscita	compilazione liste uscita/ tot. Pz. dimessi				<b>10</b>
15) Implementazione schede di rilevazione della complessità assistenziale	redazione schede e loro utilizzo al momento dell'avvio del nuovo modello assistenziale				<b>10</b>

Esempio di scheda di valutazione individuale Dirigente Medico e Dirigente Sanitario responsabile di incarico di Struttura Complessa o Struttura Semplice Dipartimentale anno 2017 (segue...)



**SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNO**  
DIRIGENTI MEDICI E SANITARI

**Dirigente Medico e Dirigente Sanitario responsabile di incarico di SC**  
**Dirigente Medico e Dirigente Sanitario responsabile di incarico di SSD**

Struttura/Servizio/Ufficio.....

**Dati del dirigente valutato**

Cognome e Nome.....Matr.....
Dirigente Medico .....Incarico ricoperto .....
<b>Periodo di riferimento</b> <sup>1</sup> .....

**Dati del responsabile della valutazione**

Cognome e Nome
Incarico ricoperto:

Scala di valori tra 1 a 5 da utilizzare nella valutazione oggetto della presente scheda:

Punteggio	Valutazione	Esplicitazione
<b>1</b>	SCARSO	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso.
<b>2</b>	MIGLIORABILE	Descrive un livello di contributo sufficiente, che risponde parzialmente alle attese e presenta significativi margini di miglioramento.
<b>3</b>	BUONO	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso.
<b>4</b>	OTTIMO	Descrive un livello di contributo superiore alle attese, di qualità ottima e costante nel tempo.
<b>5</b>	ECCELLENTE	Descrive un contributo ritenuto eccezionale, ovvero eccellente in ogni aspetto e decisamente superiore alle aspettative.

<sup>1</sup> Da compilare nel caso che il valutato in corso d'anno abbia prestato il servizio in più di un servizio/ufficio/reparto.

Esempio di scheda di valutazione individuale Dirigente Medico e Dirigente Sanitario responsabile di incarico di Struttura Complessa o Struttura Semplice Dipartimentale anno 2017 (...segue)

**SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNO**  
DIRIGENTI MEDICI E SANITARI



Segnare con una X il punteggio corrispondente al giudizio che si vuole assegnare.

<b>1) Capacità tecnico specialistiche nella gestione della casistica semplice e complessa</b> Indicare il grado di competenze per la gestione delle casistiche semplici e complesse				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

<b>2) Problem solving</b> Indicare il livello di analisi e diagnosi dei problemi, della gestione e organizzazione di soluzioni costruttive e alternative.				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

<b>3) Piani di lavoro integrati</b> Indicare il livello di realizzazione dei piani di lavoro integrati multiprofessionali anche con altre UU.OO., con particolare attenzione alle valutazioni e introduzioni dei correttivi necessari.				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

<b>4) Valutazione risorse umane (Parametro da compilare solo per i Responsabili della Valutazione)</b> Indicare il grado della capacità di valutazione dei collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

**CONTRIBUTO NELL'AMBITO DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA:**

<b>5) Relazione con professionisti e altre strutture</b> Indicare la propensione in modo sistematico all'integrazione organizzativa e alla comunicazione diffusa tra tutti i professionisti e le UU.OO. che interagiscono nel processo di erogazione del servizio.				
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

Esempio di scheda di valutazione individuale Dirigente Medico e Dirigente Sanitario responsabile di incarico di Struttura Complessa o Struttura Semplice Dipartimentale anno 2017 (...segue)

**SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNO**  
DIRIGENTI MEDICI E SANITARI

**6) Orientamento ai bisogni dell'utenza**

Indicare il grado di organizzazione e gestione dell'orientamento delle azioni in corrispondenza di una corretta interpretazione dei bisogni dei pazienti/utenti e correlata soddisfazione delle loro esigenze.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

**7) Contributo alle strategie aziendali**

Indicare il contributo alle linee strategiche aziendali con particolare riferimento ai personali specifici contributi nella loro definizione

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

**8) Percezione e valorizzazione del gruppo**

Indicare la positiva interazione con tutti i ruoli organizzativi del gruppo nello spirito di riconoscimento e valorizzazione delle diverse competenze distintive.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

**9) Disponibilità e collaborazione**

Indicare la disponibilità e la collaborazione ad altri ruoli ed U.O./Servizi, tenuto soprattutto conto delle capacità ad affrontare e risolvere con equilibrio eventuali incomprensioni/conflicti al fine di pervenire a risultati utili e condivisi.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE

**10) Apporto positivo al gruppo di lavoro**

Indicare il livello della costante gestione dell'apporto positivo del gruppo di lavoro tenuto conto delle formulazioni di proposte e la condivisione di informazioni.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
SCARSO	MIGLIORABILE	BUONO	OTTIMO	ECCELLENTE



Esempio di scheda di valutazione individuale Infermiere Categoria D/DS anno 2017 (segue...)

<b>NOMINATIVO</b> .....							
<b>MATRICOLA</b> .....							
<b>STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE</b> .....							
<b>CATEGORIA D/Ds - INFERMIERE UU.OO.</b>							
AMBITI DI VALUTAZIONE	PESO AMBITI	INDICATORE PESO	VALUTAZIONE				
			1=30% DEL PESO	2=50% DEL PESO	3=70% DEL PESO	4=95% DEL PESO	5=100% DEL PESO
COMPORAMENTI	60%						
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	40%						
PESI RELATIVI ALL'AMBITO DI VALUTAZIONE COMPORAMENTI							Punteggio attribuito
Ponendosi in una situazione di ascolto, conferisce rilievo alle informazioni raccolte finalizzandole alla qualità degli atti sanitari da svolgere. Valuta la specificità della persona con particolare riguardo ad età, sesso, etnia, cultura e valori di riferimento.	10	3	5	7	9,5	10	
E' puntuale e rispetta l'orario di servizio e di lavoro, nonché le regole previste in caso di assenza. E' disponibile a far fronte ad esigenze impreviste dell'articolazione in cui presta la propria attività	8	2,4	4	5,6	7,6	8	
Tiene atteggiamenti rispettosi ed accoglienti nei confronti delle persone rispettandone sentimenti, opinioni, difficoltà, ansie e preoccupazioni	8	2,4	4	5,6	7,6	8	
Garantisce la riservatezza di tutte le informazioni sulla persona ed in particolare quelle raccolte durante l'anamnesi. Si adopera per il rispetto al diritto dell'intimità della persona limitando le situazioni che ne possono procurare il pregiudizio	8	2,4	4	5,6	7,6	8	
Fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.	10	3	5	7	9,5	10	
E' consapevole che il consenso ad una prestazione sanitaria è diritto di ogni cittadino; pertanto si adopera per garantire che la persona, debitamente informata, possa giungere ad una accettazione consapevole della prestazione progettata	5	1,5	2,5	3,5	4,75	5	
Opera per la corretta e puntuale applicazione della Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" con particolare attenzione agli articoli 7 ed 8	4	1,2	2	2,8	3,8	4	
Orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse e che sostiene affinché raggiunga la maggiore autonomia possibile soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità	7	2,1	3,5	4,9	6,65	7	
<b>TOTALE PESO</b>	<b>60</b>						





