

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
n. 0000075 del 28/01/2022

OGGETTO:

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024

VISTA

Proposta n. 0000109 del 28/01/2022 a cura di S.S. Controllo di Gestione
Hash.pdf (SHA256):6dbf499f61867a1f438b4069ea1d5b93b99423a44e0c776b3aa0d6bab6aaa00a

firmata digitalmente da:

Il Responsabile del Procedimento
Responsabile P.O. Fabio Pierotti

Il Responsabile S.S. Controllo di Gestione
Fabio Pierotti

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Parere: FAVOREVOLE
Anna Rita Ianni

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Alessandra Ascani

DELIBERA

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

IL DIRETTORE GENERALE
Pasquale Chiarelli

RICHIAMATO il Testo Unico sul Pubblico Impiego di cui al D.lgs. 30 marzo 2001 n.165 e s.m.i. ad oggetto "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche amministrazioni".

VISTO il D.lgs. n. 150/2009 il quale all'art. 10 stabilisce che ogni Pubblica Amministrazione debba adottare un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, permetta di favorire lo sviluppo di una cultura di merito e della valorizzazione della qualità, del lavoro e della produttività, del singolo e dell'intera amministrazione, attraverso adeguati sistemi di valutazione dei risultati perseguiti.

PREMESSO che il Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell'art. 3, comma 1, del dPR 105/2016, avente le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance, ha emanato i documenti denominati "Linee guida per il Piano della Performance" (n.1 - giugno 2017), "Linee guida per il sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" (n.2 - dicembre 2017) e "Linee Guida per la Misurazione e Valutazione della performance individuale (n.5 - dicembre 2019), che hanno delineato le modifiche al precedente quadro degli indirizzi, così come definito dalle delibere CIVIT/ANAC relativamente al ciclo della performance.

ATTESO che ai sensi dell'art. 19 D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, 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.

PRESO ATTO, inoltre, del quadro normativo di riferimento in materia di funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli, dettati in particolare:

- Dalla legge 6.11.2012 n.190 avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Dal decreto legislativo n.33 del 14.03.2013 avente ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Dalla delibera n.114 del 10.11.2010 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni pubbliche.

RICHIAMATO il D.lgs. del 25 maggio 2016, n.97, recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge del 26 novembre 2012, n.190, e del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'art. 7 della legge del 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche.

CONSIDERATO che l'Azienda Ospedaliera di Terni con Delibera del Direttore Generale n.1083 del 22/12/2016 ha approvato le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevede la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione e i processi di valutazione della performance di struttura e individuale, in relazione ai risultati da conseguire, alle attività da svolgere e alle risorse assegnate.

CONSIDERATA la Delibera del Direttore Generale n.959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto "Regolamento del Sistema della Performance", aggiornato con Delibera del Direttore Generale n. 621 del 25 giugno 2021.

VISTA la Delibera del Direttore Generale n. 663 del 2 luglio 2021 avente come oggetto "Piano della Performance 2021-2023".

DATO ATTO che la proposta è coerente con il Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

CONSIDERATO che il Responsabile del Procedimento e Responsabile della P.O. proponente attesta di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto ed attesta l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012 e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001;

SI PROPONE DI DELIBERARE

- di adottare il Piano della Performance per il triennio 2022-24, rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (All. A);
- di provvedere alla pubblicazione del Piano sul sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente";
- di pubblicare, ai sensi dell'art.32 della L. n. 69/2009, il presente atto nell'albo on line aziendale;
- di individuare quale responsabile, del procedimento amministrativo, ai sensi della Legge 241/90, il Dott. Fabio Pierotti, collaboratore amministrativo.

Il Responsabile P.O. Controllo di Gestione

Dott. Fabio Pierotti



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 2022-2024 dell'A.O. "Santa Maria" di Terni

Indice

1. Introduzione.....	p. 3
1.1 Riferimenti normativi.....	p. 3
1.2 Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.).....	p. 4
1.3 Processo di formazione e monitoraggio del bilancio di previsione gestionale.....	p. 6
2. Presentazione dell’Azienda.....	p. 10
2.1 La missione dell’ Azienda.....	p. 10
2.2 La visione dell’ Azienda.....	p. 10
2.3 Attività svolte.....	p. 11
2.4 Organizzazione	p. 16
2.5 Risorse: personale e posti letto.....	p. 20
2.6 Bilancio.....	p. 25
3. Pianificazione Triennale.....	p. 28
3.1 Obiettivi triennali.....	p. 28
4. Programmazione annuale.....	p. 29
4.1 Obiettivi annuali.....	p. 29
5. Performance di struttura.....	p. 41
6. Performance individuale.....	p. 43
7. Il sistema premiante.....	p. 45
8. Considerazioni conclusive.....	p. 46
8.1. Validità e aggiornamenti del Piano della Performance.....	p. 46
8.2 Collegamento al sito istituzionale aziendale - “Amministrazione Trasparente”.....	p. 46

1. Introduzione

1.1 Riferimenti normativi

Il presente Piano della Performance è stato redatto sulla base delle “Linee guida per il Piano della Performance” (n.1 giugno 2017), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi dell’ art. 3, comma 1, del dPR 105/2016 che gli attribuisce le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il Piano della Performance, inteso come documento programmatico triennale, è previsto dall’art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009 e ss. mm. ii., Titolo II, adottato in attuazione della Legge Delega n. 15 del 4 marzo 2009, 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.

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, redigano annualmente:

- 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);
- entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla *performance*, che è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione.

1.2 Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.)

Con la Delibera del Direttore Generale n. 1083 del 22/12/2016 sono state approvate le note operative per la realizzazione del Progetto di Pianificazione e Controllo (Pi.Co.), il quale prevedeva la strutturazione di un sistema aziendale di raccordo tra gli strumenti di pianificazione e i processi di valutazione della performance di struttura e individuale, in relazione ai risultati da conseguire, alle attività da svolgere e alle risorse assegnate.

Il suddetto processo prevedeva inoltre l'introduzione di tre Tavoli operativi - il Tavolo Strategico, il Tavolo Gestionale e il Tavolo delle Risorse – chiamati ad operare al fine di assicurare l'esecuzione di tutti i processi di assegnazione degli obiettivi annuali, il loro monitoraggio continuo, con l'eventuale attivazione di gruppi di lavoro aventi lo scopo di individuare le cause e proporre soluzioni in merito agli obiettivi non in linea con quanto programmato e la formazione e il controllo del bilancio gestionale.

Tale sistema è poi stato modificato su alcuni aspetti marginali con la Delibera del Direttore Generale n. 959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto "Regolamento del Sistema della Performance".

Successivamente la Direzione Aziendale ha inteso apportare delle modifiche più profonde all'assetto di Pianificazione e Controllo, specificate nella Delibera n. 621 del 25/6/2021 mediante la quale si è dato atto ad un aggiornamento del Regolamento del Sistema della Performance.

Tale delibera in pratica assegna al Comitato di Budget i compiti che secondo l'assetto precedente erano in carico ai tre Tavoli operativi.

Il percorso annuale di valutazione della performance ha inizio con la definizione degli obiettivi di budget da parte della Direzione Aziendale, i quali poi vengono presentati al Collegio di Direzione, all'O.I.V. e ai Responsabili dei Centri di Budget.

Si passa quindi in successione alla stesura del Piano della Performance triennale e alla costituzione del Comitato di Budget; alla conclusione di queste fasi inizia l'effettuazione degli incontri per la negoziazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria e Comparto Sanitario), ai centri sanitari di supporto e ai centri amministrativi; contestualmente viene effettuata la negoziazione dei budget dei Centri di Risorsa.

Una volta concluse le rispettive negoziazioni degli obiettivi e dei budget, il Comitato gestisce le attività di monitoraggio e di intervento sui risultati parziali non in linea con quanto programmato. Sono previsti inoltre incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri per la discussione e verifica dei risultati parziali infrannuali.

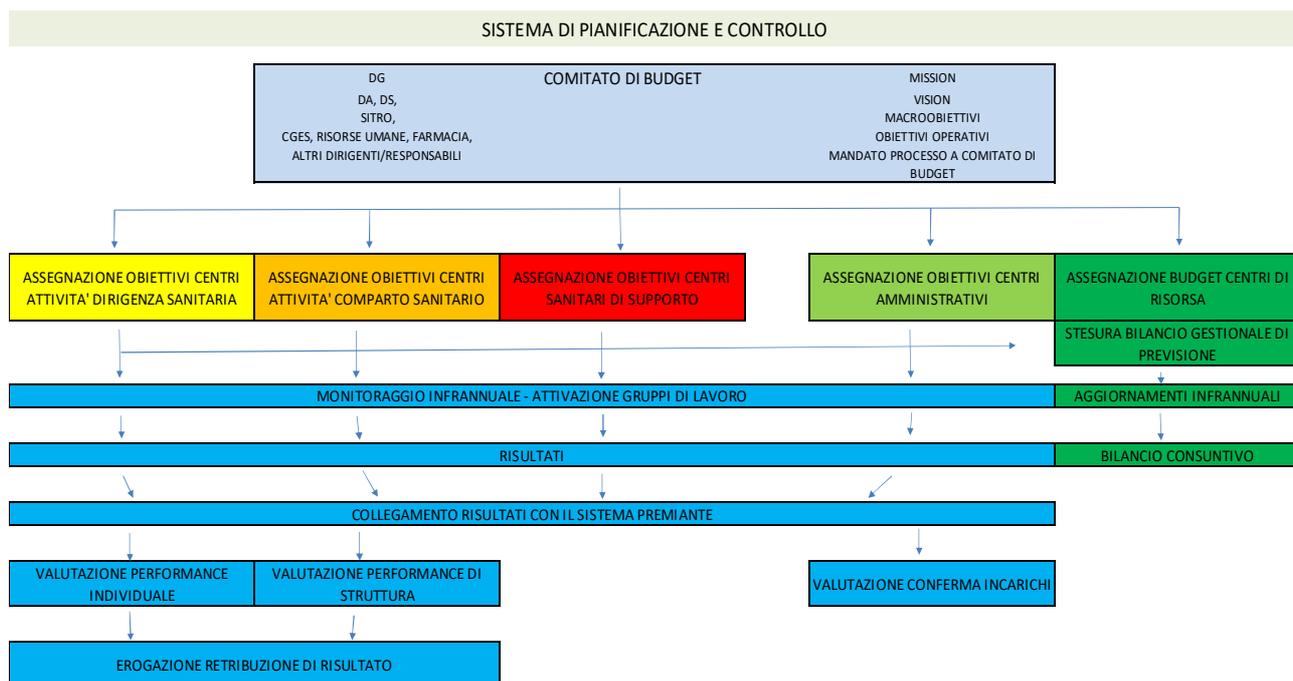
Nell'anno successivo a quello dell'esercizio in esame, dopo aver comunicato i risultati provvisori ai responsabili dei centri, vengono esaminate eventuali considerazioni o contestazioni. Sulla base della documentazione ricevuta il Comitato di Budget esamina e convalida i risultati dei processi e li trasmette all'O.I.V. per la loro validazione definitiva.

Infine la Direzione Risorse Umane recepisce i risultati della performance di struttura, li integra con i risultati della performance individuale e procede alla remunerazione della retribuzione di risultato ai dipendenti dell'Azienda Ospedaliera.

A seguire viene presentato il cronoprogramma, di natura ordinativa e non perentoria, delle attività sopra descritte.

CRONOPROGRAMMA Pi.Co.	
Dicembre anno precedente	Stesura documento di presentazione degli obiettivi di budget e trasmissione ai Responsabili dei centri di budget e all'O.I.V.
	Presentazione degli obiettivi al Collegio di Direzione
Gennaio anno in corso	Stesura del Piano della Performance e costituzione del Comitato di Budget
	Negoziazione e assegnazione degli obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario
Febbraio anno in corso	Negoziazione e assegnazione dei budget dei centri di risorsa, degli obiettivi dei centri sanitari di supporto e dei centri amministrativi e formazione del bilancio gestionale di previsione
Aprile-Dicembre anno in corso	Monitoraggio obiettivi e budget, incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri, attivazione gruppi di lavoro
Febbraio-Giugno anno successivo	Elaborazione dei risultati dei budget, comunicazione ai responsabili dei centri, eventuali considerazioni e/o contestazioni, verifica delle considerazioni e/o contestazioni, esame e validazione di prima istanza dei risultati, trasmissione all'O.I.V. e validazione dei risultati, trasmissione alla Direzione Risorse Umane. Stesura della Relazione sulla Performance. Elaborazione bilancio gestionale consuntivo

Di seguito viene riportato uno schema che rappresenta il sistema di Pianificazione e Controllo aziendale.



Il sistema di monitoraggio degli obiettivi è stato costruito mediante la realizzazione di un sistema informativo centralizzato che, a partire dalle diverse basi di dati presenti nell’Azienda Ospedaliera, consente la produzione di una reportistica differenziata per livello di utilizzatore e tipologia di report.

La diffusione delle informazioni avviene tramite il sistema IntraNet aziendale, con periodicità perlopiù mensile.

1.3 Processo di formazione e monitoraggio del bilancio di previsione gestionale

Il bilancio economico nella sua evoluzione dell’esercizio annuale, dal momento della stesura del preventivo a quella dei rispettivi bilanci trimestrali CET, deve sottostare a una serie di regole tra le quali il rispetto dei fondi messi a disposizione da parte della Regione. Poiché la Regione eroga il fondo alle Aziende Sanitarie in quote diluite nel tempo, ai fini della possibilità di un controllo e monitoraggio tempestivo dei dati reali nel corso dell’anno, sorge la necessità della elaborazione di un bilancio gestionale parallelo che si ricollega a quello economico in sede di consuntivo.

Tale bilancio gestionale, strettamente correlato alle attività previste dal sistema della performance, viene elaborato secondo le modalità specificate di seguito.

FORMAZIONE DEL BILANCIO GESTIONALE

La prima stesura del bilancio gestionale viene ottenuta ricavando i dati:

- dal processo di assegnazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria) in particolare i dati sono desunti dai budget dei ricavi e dai budget dei beni sanitari;
- dal processo di assegnazione dei budget ai centri di risorsa;

- dalle stime relative al resto dei ricavi e dei costi che rimangono fuori dai processi sopra menzionati.

SCHEMA

Lo schema rispetto al quale elaborare il bilancio gestionale è il seguente:

RICAVI		
VOCE CE	DESCRIZIONE	FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE
A.1.A	Finanziamenti a mandato regionali	Indirizzi della Regione sulle regole del riparto del Fondo Sanitario Regionale
A.1.B, A.1.C, A.1.D, A3	Altri finanziamenti in conto esercizio	Valutazione della S.C. Contabilità
A.4.A.1	Mobilità regionale	Indirizzi della Regione sulle regole del riparto del Fondo Sanitario Regionale, ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A.4.A.3	Mobilità extraregionale	Ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A2	Rettifica finanziamenti per investimenti	Valutazione della S.C. Contabilità
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	Valutazione della S.C. Contabilità
A.6	Compartecipazione alla spesa (ticket)	Indicazioni della Regione sulle regole della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti, ricavi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di attività (Dirigenza Sanitaria), valutazione della S.S. Controllo di Gestione
A.4.D	Ricavi ALP	Indicazioni della Regione sulle regole di gestione dell'Attività Libero Professionale, valutazione della S.C. Contabilità
A.5	Rimborsi	Valutazione della S.C. Contabilità
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	Valutazione della S.C. Contabilità
A.8 , A.9	Altri ricavi	Valutazione della S.C. Contabilità
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	Valutazione della S.C. Contabilità

COSTI		
CODICE CDR	DESCRIZIONE CDR	FONTI / METODI PER LA VALUTAZIONE
Codice cdr 1	Descrizione cdr 1	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
.....	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
Codice cdr n	Descrizione cdr n	Costi previsti in seguito al processo di assegnazione dei budget dei centri di risorsa
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria	Valutazione della S.C. Contabilità
AZ20-9*	Somme vincolate	Valutazione della S.C. Contabilità
	Variazioni giacenze	Valutazione della S.C. Contabilità

MONITORAGGIO

Il bilancio gestionale, redatto secondo lo schema presentato, è soggetto a monitoraggio e aggiornamenti infrannuali elaborati in seguito al verificarsi delle seguenti situazioni:

- variazioni da parte della Regione delle quote di assegnazione del Fondo Sanitario Regionale;
- variazioni mensili delle previsioni dei ricavi da mobilità regionale e extraregionale elaborate dalla S.S. Controllo di Gestione;
- variazioni delle previsioni dei ricavi da compartecipazione alla spesa dei cittadini (ticket) in base alle stime prodotte dalla S.S. Controllo di Gestione;
- variazioni in seguito a valutazioni da parte della S.C. Contabilità in merito a stime dei ricavi in evoluzione rispetto alle previsioni precedenti;
- variazioni dei budget assegnati ai centri di risorsa;
- variazioni relative ai costi per somme vincolate e variazioni delle giacenze secondo le valutazioni della S.C. Contabilità.

Grazie al monitoraggio continuo del bilancio gestionale e alle conseguenti previsioni del risultato di esercizio annuale è possibile promuovere azioni di informazione / richiesta alla Regione in base alle quali tarare le necessità economico-finanziarie dell'Azienda Ospedaliera di Terni tenendo conto delle disponibilità rimanenti del Fondo Regionale.

L'analisi del bilancio è inoltre un elemento fondamentale per l'individuazione delle azioni più opportune da intraprendere rispetto all'espansione / contrazione delle attività al fine di incrementare i ricavi o ridurre i costi.

COLLEGAMENTO CON IL BILANCIO ECONOMICO CONSUNTIVO

Alla fine dell'esercizio annuale viene elaborato il bilancio economico consuntivo. Il bilancio gestionale consuntivo viene redatto considerando i dati di quello economico, integrati con i valori consuntivi dei budget dei centri di risorsa.

Il risultato finale del bilancio gestionale deve necessariamente coincidere con quello del bilancio economico.

2. Presentazione 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 Convenzione 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 dei 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 delle 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 missione dell'Azienda

Di seguito si descrive la missione aziendale, così come approvata dal Tavolo Strategico del 29/01/2020

“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
- Ospedale di comunità
- Ospedale di università e ricerca”

2.2 La visione dell'Azienda

Di seguito si descrive la visione aziendale, così come approvata dal Tavolo strategico del 29/01/2020

“Garantire l'equità di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie, la sicurezza degli utenti e degli operatori, l'appropriatezza degli interventi e delle prestazioni erogate in un contesto di umanizzazione della struttura, razionalità degli interventi ed economicità delle scelte gestionali.

Garantire il coinvolgimento dei cittadini, sia come utenti che attraverso le associazioni, ai fini del miglioramento della qualità del servizio reso e della sua valutazione.

Garantire un modello organizzativo finalizzato a modulare l'assistenza in base alle esigenze del paziente.”

2.3 Attività svolte

In questo paragrafo vengono evidenziati una serie di dati e indicatori riferiti alle attività erogate dall'Azienda Ospedaliera di Terni.

Relativamente al presente Piano della Performance è indispensabile, prima di presentare i dati di attività ed economici, evidenziare come la pandemia da Covid-19 ha avuto nel biennio 2020-2021 effetti importanti su praticamente quasi tutti gli indicatori.

I dati e le tabelle che seguono dimostrano in maniera inequivocabile le conseguenze di tali effetti.

• Ricoveri

Il numero dei ricoveri nel 2021 è stato pari a 23.979 unità, di cui 21.064 in regime ordinario e 2.915 in regime diurno.

Le giornate di degenza sono state 154.799 per quanto riguarda i ricoveri ordinari e 8.347 in regime diurno (day hospital / day surgery).

Altri indicatori degni di nota evidenziano che la complessità della casistica (peso medio dei DRG) è pari a 1,25, l'indice di performance (che misura l'inappropriatezza delle giornate di degenza) è uguale a un valore di 100,0 e l'incidenza percentuale dei ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni è del 14,3 %.

	2021	2020	2019	DIFF.% 21-20	DIFF.% 21-19
NUMERO RICOVERI					
Ordinari	21.064	18.792	23.129	12,1	-8,9
Day Hospital / Day Surgery	2.915	2.563	4.650	13,7	-37,3
Media Bassa Spec. Regionale	19.078	16.467	21.068	15,9	-9,4
Alta Spec. Regionale	1.471	1.350	1.342	9,0	9,6
Altre Regioni	3.430	3.538	5.369	-3,1	-36,1
TOTALE	23.979	21.355	27.779	12,3	-13,7
GG. DEGENZA					
Ordinari	154.799	142.803	166.656	8,4	-7,1
Day Hospital / Day Surgery	8.347	7.734	12.291	7,9	-32,1
TOTALE	163.146	150.537	178.947	8,4	-8,8
ALTRI INDICATORI					
Peso medio DRG (ricoveri ordinari)	1,25	1,25	1,18		
Indice di performance	100,0	102,0	103,7		
Incidenza % ricoveri extraregionali	14,3	16,6	19,3		

• Specialistica ambulatoriale

Nell'Azienda Ospedaliera di Terni nel 2021 sono state erogate 2,13 mln. di prestazioni specialistiche ambulatoriali, delle quali 1,59 mln. di diagnostica di laboratorio.

La tabella che segue fornisce le informazioni dettagliate per reparto / specialità.

	2021	2020	2019	DIFF. % 21-20	DIFF. % 21-19
NUMERO PRESTAZIONI					
Oculistica	10.662	10.587	15.461	0,7	-31,0
Endoscopia Operativa	3.008	4.397	7.993	-31,6	-62,4
Endocrinologia	3.716	4.115	9.976	-9,7	-62,7
Diabetologia	9.772	11.691	18.305	-16,4	-46,6
Dermatologia	5.430	5.311	9.152	2,2	-40,7
Oncologia / Oncoematologia	56.645	58.406	70.523	-3,0	-19,7
Ostetricia e Ginecologia	7.966	8.167	9.625	-2,5	-17,2
Neurofisiopatologia	16.075	12.732	18.521	26,3	-13,2
Cardiologia	6.353	6.435	10.069	-1,3	-36,9
Diagnostica per Immagini	27.814	29.769	42.298	-6,6	-34,2
Laboratorio / Trasfusionale	1.594.219	1.372.963	1.659.916	16,1	-4,0
Medicina Nucleare	4.939	5.126	6.499	-3,7	-24,0
Radioterapia	66.164	63.346	61.784	4,4	7,1
Anatomia Patologica	11.823	9.479	10.016	24,7	18,0
Nefrologia e Dialisi	43.538	43.932	30.555	-0,9	42,5
Pronto Soccorso	209.517	176.226	265.783	18,9	-21,2
Altri reparti / servizi	52.642	47.176	73.435	11,6	-28,3
TOTALE	2.130.283	1.869.858	2.319.911	13,9	-8,2

- **Pronto Soccorso**

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2021 è stato di 34.881 unità, dei quali 12.641 sono stati seguiti da ricovero; il numero dei pazienti residenti in altre regioni è stato di 3.886.

Riguardo alla gravità del codice Triage, i più numerosi sono stati i codici verdi (19.245 – 55,2% del totale), seguiti dai codici gialli.

	2021	2020	2019	DIFF.% 21-20	DIFF.% 21-19
N. Accessi	34.881	31.282	44.833	11,5	-22,2
di cui in OBI	506	740	3.039	-31,6	-83,3
di cui ricoverati	12.641	11.209	12.213	12,8	3,5
di cui extraregionali	3.886	3.692	6.176	5,3	-37,1

Codice TRIAGE	2021	% su TOT	2020	% su TOT
Bianco	3.467	9,9	2.895	9,3
Verde	19.245	55,3	16.603	53,0
Giallo	10.549	30,2	10.350	33,1
Rosso	1.620	4,6	1.434	4,6

- **Sala Operatoria**

Gli interventi chirurgici in sala operatoria, nel 2021, sono stati 17.691.

Riguardo all'attività chirurgica necessita sottolineare come la carenza di personale medico anestesista stia sempre più creando difficoltà nella possibilità di effettuare la totalità degli interventi chirurgici che l'Azienda Ospedaliera di Terni potrebbe potenzialmente erogare.

Nella tabella seguente viene riportato il numero delle procedure chirurgiche effettuate nell'anno 2021 da ciascun reparto.

REPARTO	2021	2020	2019	DIFF.% 21-20	DIFF.% 21-19
clin.dermatologica	183	135	205	35,6	-10,7
nefrologia	49	25	0	96,0	
chir.gen.deg.breve	277	288	819	-3,8	-66,2
chir.gen.spec.chir	1236	938	1.561	31,8	-20,8
urologia	172	190	259	-9,5	-33,6
chir.urol.miniinv.	361	280	455	28,9	-20,7
chir.urol.aug	231	184	277	25,5	-16,6
div.ortopedica	1.110	1.011	1.241	9,8	-10,6
chir.mano	701	444	998	57,9	-29,8
chir.plastica	98	89	247	10,1	-60,3
oculistica	3.369	2.704	3.636	24,6	-7,3
clinica otorino	565	501	913	12,8	-38,1
chir.max.facc.	185	140	271	32,1	-31,7
neurochirurgia	537	540	683	-0,6	-21,4
cardiochirurgia	220	182	279	20,9	-21,1
aritmologia card.	515	462	520	11,5	-1,0
emodinamica	1358	1.317	1.592	3,1	-14,7
chir.toracica	196	196	215	0,0	-8,8
chir.vascolare	357	280	447	27,5	-20,1
div.ost.ginecol.	944	816	1.184	18,1	-14,6
end.operativa	301	220	279	36,8	7,9
epatogastroent.	7	20	20	-65,0	-65,0
chir.digestiva	788	736	943	7,1	-16,4
an.rianimaz.	140	11	23	1.172,7	508,7
oncoematologia	255	211	356	20,9	-28,4
radiologia	3.536	2.835	2.957	24,7	19,6
Totale	17.691	14.755	20.380	7,2	-22,4

- **Andamento volume finanziario attività**

Nella tabella che segue è indicato il trend dei volumi finanziari di attività (€) prodotti dall’Azienda Ospedaliera di Terni dal 2016 al 2021, misurati mediante gli attuali tariffari vigenti dell’attività di ricovero e di quella specialistica ambulatoriale.

Come si può notare, mentre nell’anno 2019 si è raggiunto il volume più elevato del periodo considerato, il 2020 risente pesantemente dell’influenza della pandemia da Covid-19 con un crollo dei volumi di attività, che poi sono ritornati a crescere pur non ritornando ancora ai livelli pre-COVID.

Indicatore	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	55.108.384	55.087.990	54.672.002	54.859.429	45.747.226	53.477.542
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	21.549.905	23.075.179	22.130.666	20.254.779	21.580.531	23.824.999
Volume attività di ricovero extraregionale	21.148.798	20.808.661	19.330.099	18.857.365	13.164.391	12.525.219
Totale Volume Attività di Ricovero	97.807.087	98.971.830	96.132.767	93.971.573	80.492.148	89.827.760
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	25.508.765	27.380.058	29.827.823	31.723.547	26.022.379	28.478.239
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.442.715	3.905.049	4.013.097	4.400.861	3.655.790	3.700.150
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale	28.951.480	31.285.107	33.840.920	36.124.408	29.678.169	32.178.389
Totale Volume Attività	126.758.567	130.256.937	129.973.687	130.095.981	110.170.317	122.006.149

- **Il network Regioni (Progetto Bersaglio)**

Avviato nel 2004 dalla Regione Toscana, il Network si pone l’obiettivo di fornire alle Regioni che vi aderiscono su base volontaria una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria, attraverso l’utilizzo di indicatori elaborati sulla base delle informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera messe a disposizione dalle Regioni al Laboratorio Management Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, struttura coordinatrice del Progetto.

In seguito a una condivisione interregionale, sono stati selezionati circa 200 indicatori, volti a descrivere e confrontare - tramite un processo di benchmarking - le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell’esperienza degli utenti e dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell’efficienza operativa. Dal 2008 i risultati sono resi pubblici attraverso un Report annuale, accessibile al sito <http://performance.sssup.it/netval>.

A partire dal 2016 il Network pubblica un Report dedicato alle Aziende Ospedaliere, valutate sulla base di oltre 90 indicatori afferenti a diverse aree. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza, attraverso l’utilizzo di codici colore. Osservando il Bersaglio, si può notare che il settore più critico riguarda il Pronto Soccorso.

2.4 Organizzazione

Per la descrizione dell'organizzazione aziendale si riportano di seguito i piani dei Centri di attività utilizzati per il processo di budget 2022.

- CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA

COD.	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
0101	Clinica medica generale e terapia medica
0102	Medicina generale geriatrica
0103	Endocrinologia
0106	Pneumologia / MAR (Malattie apparato respiratorio)
0107	Clinica di malattie infettive
0108	Nefrologia e dialisi
0109	Clinica dermatologica
0110	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	Medicina interna
0115	Gastroenterologia epatologia ed endoscopia digestiva
02	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
0201	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0204	Chirurgia breve e ambulatoriale
0207	Urologia
0208	Chirurgia urologica ad indirizzo oncologico
0209	Ortopedia e traumatologia
0210	Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0212	Clinica urologica ad indirizzo andrologico ed uroginecologico
0213	Chirurgia della mammella
0214	Chirurgia colonproctologica
0215	Endoscopia urologica e coordinamento urgenze
03	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
0301	Oculistica
0302	Otorinolaringoiatria (ORL)
0303	Chirurgia maxillo-facciale
04	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
0401	Neurochirurgia
0402	Neurologia
0403	Riabilitazione intensiva neurologica / UGC
0404	Neurofisiopatologia
05	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
0501	Cardiochirurgia
0502	Cardiologia
0503	Emodinamica
0506	Cardioanestesia
0507	Chirurgia toracica
0508	Chirurgia vascolare

06	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
0601	Ostetricia e ginecologia
0603	Pediatria neonatologia TIN (Terapia Intensiva Neonatale)
07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA - ACCETTAZIONE
0701	Anestesia e rianimazione
0702	Pronto soccorso accettazione
0704	Medicina d'urgenza
0705	Chirurgia digestiva e d'urgenza
08	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO ED IMMUNOTRASFUSIONALE
0801	Immunoematologia e trasfusionale
0802	Laboratorio analisi
09	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA E INTERVENTISTICA
0901	Radiologia
0902	Neuroradiologia
0903	Medicina nucleare
11	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
1101	Oncologia medica e traslazionale
1102	Radioterapia oncologica
1103	Anatomia patologica
1104	Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

COD.	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
	Clinica Medica Generale e Terapia Medica
	Geriatria
	Endocrinologia e Day Hospital Medico
	Malattie Apparato Respiratorio
	Clinica delle Malattie Infettive - Nefrologia - Day Hospital malattie infettive
	Dialisi e Nefrologia ambulatoriale
	Clinica Dermatologica
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Medicina Interna
	Area Medica
02	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
	Polo Urologico Day Week
	Polo Urologico Degenza – Litotrissia – Clinica Urologica e Uroginecologica
	Chirurgia della Mano, Divisione Ortopedica
	Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche
	A.I. Chirurgia Generale –Breve _ Ambulatoriale
	DH Ortopedico e Pronto Soccorso Ortopedico
	Poliambulatori

03	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
	DH Oculistico
	A.I. TC E TV
	Ambulatorio Vascolare
	Ambulatorio Endoscopia Toracica
04	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
	Neurochirurgia
	Neurologia e Stroke Unit
	Neuroriabilitazione e Medicina Fisica
	Neurofisiopatologia
	UGCA
05	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
	Cardiochirurgia e Cardiologia
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizio ambulatoriale di cardiologi
	Terapia Intensiva Cardiologica e T.I.P.O.
	Area Cardiologica Week Hospital
06	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
	Ostetricia e Ginecologia
	Ostetricia Rooming-in
	Sala Parto/ operatoria
	Clinica Pediatrica
	Neonatologia e Patologia Neonatale - T.I.N.
07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
	Anestesia e Rianimazione
	Pronto Soccorso Accettazione Astanteria
	Medicina d'Urgenza
	Chirurgia Digestiva e D'urgenza
	Endoscopia Digestiva
08	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE
	Immunoematologia e Trasfusionale (tecnici)
	Immunoematologia e Trasfusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi
09	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA
	Radiologia
	R.M.N.
	Angiografia e Neuroangiografia
	AC/RMN (Infermieri) Medicina Nucleare
11	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
	Oncologia Medica
	Radioterapia Oncologica Infermieri
	Radioterapia Oncologica Tecnici
	Radioprotezione
	Istituto di Anatomia Patologica
	Oncoematologia

14	SALE OPERATORIE
	Piastra Operatoria
	Sala Operatoria 2° Piano e S.O. Oculistico
	INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
	SICUREZZA E FORMAZIONE
	GESTIONE FLUSSI RICOVERI
	PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO RISORSE UMANE
	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

- CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

COD.	DESCRIZIONE
	Centro Formazione Aziendale
	Qualità e accreditamento
	Servizio Prevenzione e Protezione
	S.I.T.R.O. (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico)
	Igiene e processi ospedalieri
	Farmacia Interna
	Psicologia
	Medicina Legale
	Medicina del Lavoro
	Rischio Clinico / Risk management e logistica sanitaria

- CENTRI AMMINISTRATIVI

COD.	DESCRIZIONE
	Economato e Provveditorato
	Affari Generali e Legali e Relazioni Istituzionali
	Direzione Risorse Umane
	Economico Finanziaria
	Tecnico Patrimoniale
	Controllo di Gestione

Come descritto nella sezione precedente si riporta anche il piano dei Centri di Risorsa, necessario per la programmazione dei budget per centro di risorsa.

COD. CDR	DESCRIZIONE CDR
AZ20-A010	Servizio igiene prevenzione e protezione
AZ20-A020	Direzione medica di presidio ospedaliero
AZ20-A030+A034	Farmacia
AZ20-P010	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale
AZ20-P020	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale
AZ20-P030	Direzione Provveditorato
AZ20-Q010	Direzione Attività tecniche
AZ20-Q015	Direzione Attività economiche e servizi alberghieri
AZ20-Q020	Ufficio controllo di gestione e sistemi informatici
AZ20-Q030	Direzione affari generali e legali
AZ20-Q060	Centro di formazione
AZ20-Q070	Ufficio legale
AZ20-Q080	Direzione economica e di contabilità generale
AZ20-Q090	Qualità
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria

2.5 Risorse: personale e posti letto

La dotazione del personale, diviso per qualifica/ruolo, è quella rappresentata nella tabella a seguire.

Come si evince dai dati al 31/12/2021, nell'anno 2021 si è avuta un incremento della dotazione, che ha interessato particolarmente le categorie assistenziali.

	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021
MEDICI	377	379	380	380	395	414
ALTRI DIRIGENTI SANITARI	23	24	22	25	22	26
INFERMIERI	797	790	808	769	849	889
TECNICI SANITARI	139	143	143	141	150	158
OSS/OTA e AUSILIARI	143	151	159	157	178	175
RUOLO AMMINISTRATIVO	72	74	73	70	66	63
RUOLO TECNICO	67	67	68	60	61	62
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	3	0	2
TOTALE	1.620	1.630	1.655	1.605	1.721	1.789

Per quanto riguarda i posti letto, la situazione è quella rappresentata nelle tabelle che seguono, indicante la suddivisione per sezioni reparto (tab.1), per codici reparto (tab.2) e per regime di ricovero (tab.3).

Tab. 1

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/21		COVID	PIANO
		ASSEGNATI	AREE COMUNI		
2604	MEDICINA D'URGENZA	27	27		0
4901	TERAPIA INTENSIVA	14	14		0
4903	TERAPIA INTENSIVA COVID	6	6	X	0
9402	MODULO TERAPIA SEMIINTENSIVA 2	4	4	X	0
6803	PNEUMOLOGIA COVID 1	7	7	X	0
6403	ONCOLOGIA	12	12		0
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	24	24		1
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	0			
4301	UROLOGIA	5	19		1
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	9			
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	5			
0802	EMODINAMICA	2	14		1
0803	ELETTROFISIOLOGIA	2			
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	3			
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	1			
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	1			
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1			
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	1			
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	1			
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	1			
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	1			
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	13		1
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	9		1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3			
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	0	26		2
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	19			
0912	COLONPROCTOLOGIA	6			
0911	BREAST UNIT	0			
1201	CHIRURGIA PLASTICA	0			
5801	ENDOSCOPIA OPERATIVA	1			
0911	BREAST UNIT	3	24		2
1001	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2			
1301	CHIRURGIA TORACICA	0			
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	0			
3401	OCULISTICA	1			
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	9			
3802	CLINICA OTORINO	9			
0802	EMODINAMICA	0	24		2
0803	ELETTROFISIOLOGIA	0			
2604	MEDICINA D'URGENZA	12			

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/21		COVID	PIANO
		ASSEGNATI	AREE COMUNI		
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	12			
3101	NIDO	15	15		3
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA SEZ. OST.	19	21		3
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA SEZ. GIN.	2			
3001	NEUROCHIRURGIA	14	18		4
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	4			
3201	NEUROLOGIA	12	18		4
3201	NEUROLOGIA TERAPIA INTENSIVA	6			
7502	NEURORIABILITAZIONE POST COVID	6	6		4
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	22	23		4
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	1			
2601	CLINICA MEDICA	24	24		4
2606	MEDICINA INTERNA	0			
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	0			
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	26	26		
2606	MEDICINA INTERNA	25	25		5
2101	GERIATRIA	25	25		5
2605	ENDOCRINOLOGIA	0			
0701	CARDIOCHIRURGIA	0	24		6
0801	CARDIOLOGIA	20			
0802	EMODINAMICA	2			
0803	ELETTROFISIOLOGIA	2			
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	25		6
1301	CHIRURGIA TORACICA	6			
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	11			
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	5		6
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	11		6
4904	MODULO TERAPIA INTENSIVA COVID	0	0	X	M
9401	MODULO TERAPIA SEMIINTENSIVA 1 COVID	0			
2401	MALATTIE INFETTIVE	25	25	X	E
9402	MODULO TERAPIA SEMIINTENSIVA 2	0			
2901	NEFROLOGIA	8	8		E
100902	INTERO OSPEDALE	522	522	42	

Tab. 2

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/2021		TOTALE
		ORDINARI	DIURNI	
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	0	8
0801	CARDIOLOGIA	20	1	21
0802	EMODINAMICA	4	0	4
0803	ELETTROFISIOLOGIA	4	0	4
0907	CHIRURGIA GENERALE E DEGENZA BREVE	3	1	4

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO AL 31/12/2021		
		ORDINARI	DIURNI	TOTALE
0909	CHIRURGIA GENERALE E SPEC. CHIRURGICHE	20	1	21
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	25	1	26
0911	BREAST UNIT	3	1	4
0912	COLONPROCTOLOGIA	6	1	7
1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2	1	3
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1	0	1
1301	CHIRURGIA TORACICA	6	0	6
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	12	1	13
2101	GERIATRIA	25	0	25
2401	MALATTIE INFETTIVE	25	3	28
2601	CLINICA MEDICA	24	1	25
2604	MEDICINA D'URGENZA	39	0	39
2605	ENDOCRINOLOGIA	0	1	1
2606	MEDICINA INTERNA	25	0	25
2901	NEFROLOGIA	8	1	9
3001	NEUROCHIRURGIA	14	1	15
3101	NIDO	15	0	15
3201	NEUROLOGIA	18	1	19
3401	OCULISTICA	1	1	2
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	22	1	23
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	2	1	3
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	30	1	31
3802	CLINICA OTORINO	9	1	10
3901	CLINICA PEDIATRICA	13	1	14
4301	UROLOGIA	5	1	6
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	10	1	11
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	6	1	7
4901	TERAPIA INTENSIVA	14	0	14
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5	0	5
4903	TERAPIA INTENSIVA COVID	6	0	6
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11	0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0	1	1
5801	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	1	2
5803	EPATOGASTROENTEROLOGIA	12	1	13
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6	0	6
6403	ONCOLOGIA	12	8	20
6601	ONCOEMATOLOGIA	0	1	1
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	26	0	26
6803	PNEUMOLOGIA COVID 1	7	0	7
6901	NEURORADIOLOGIA	0	1	1
6902	RADIOLOGIA	0	1	1
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	0	3
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	4	0	4
7502	NEURORIABILITAZIONE POST COVID	6	0	6
9402	MODULO TERAPIA SEMIINTENSIVA MAL. INF.	4	0	4
100902	INTERO OSPEDALE	522	39	561

Tab. 3

	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021
ORDINARIO	519	522	533	502	445	522
DAY HOSPITAL / DAY SURGERY	35	45	45	38	38	39
TOTALE	554	567	578	540	483	561

2.6 Bilancio

BILANCIO ECONOMICO

Di seguito si riporta il conto economico riferito al consuntivo degli anni 2018, 2019 e 2020. Per quanto riguarda il Bilancio relativo all'anno 2021, questo va elaborato entro il mese di aprile 2022.

VOCE MODELLO CE	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020
A) Valore della produzione			
A.1) Contributi in c/esercizio	49.901.677,39	52.147.719,79	65.658.130,46
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.450.000,00	-1.600.000,00	0,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	225.964,08	517.372,20	444.911,29
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	139.275.095,12	137.928.933,44	122.737.834,10
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.003.264,25	2.252.545,89	6.670.714,86
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.382.490,75	4.350.603,08	4.536.096,52
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	246.520,90	321.102,72	225.303,02
Totale valore della produzione (A)	195.548.304,87	199.041.948,43	202.139.130,10
B) Costi della produzione			
B.1) Acquisti di beni	51.704.945,78	53.529.238,87	50.967.369,12
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	50.973.892,37	52.771.771,11	50.222.316,55
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	731.053,41	757.467,76	745.052,57
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	7.299.128,95	7.841.815,62	7.648.487,79
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	26.491.600,18	26.502.088,66	26.941.445,46
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7.393.939,34	7.733.182,25	6.933.430,02
B.4) Godimento di beni di terzi	2.978.903,84	2.954.955,57	2.534.292,97
Totale Costo del personale	86.144.258,86	86.864.810,18	88.940.815,00
B.9) Oneri diversi di gestione	1.042.566,38	771.120,83	808.359,54
Totale Ammortamenti	4.886.209,25	4.860.059,97	4.984.793,45
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	409.265,00	630.840,00	597.509,00
B.13) Variazione delle rimanenze	-687.252,82	-535.154,31	-1.060.241,10
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.636.024,47	4.842.220,61	6.881.518,86
Totale costi della produzione (B)	192.299.589,23	195.995.178,25	196.177.780,11
C) Proventi e oneri finanziari			
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-18.967,59	-11.914,68	-5.692,26
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie		-	-
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	-	-
E) Proventi e oneri straordinari			
Totale proventi e oneri straordinari (E)	2.809.101,34	3.076.269,27	333.669,39
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.038.849,39	6.111.124,77	6.289.327,12
Imposte e tasse			
Totale imposte e tasse	6.024.073,24	6.103.349,77	6.152.574,07
RISULTATO DI ESERCIZIO	14.776,15	7.775,00	136.753,05

BILANCIO GESTIONALE

Di seguito si riporta la rappresentazione del bilancio gestionale (settore dei ricavi e settore dei costi):

VOCE CE	RICAVI	consuntivo 2018	consuntivo 2019	consuntivo 2020
A.1.A	Finanziamenti a mandato regionali	48.363.607,91	49.821.894,00	61.060.555,68
A.1.B , A.1.C , A.1.D , A.3	Altri finanziamenti in conto esercizio	1.764.033,56	2.843.198,00	5.042.486,07
A.1 , A.3	FINANZIAMENTI	50.127.641,47	52.665.092,00	66.103.041,75
A.4.A.1	MOBILITA' REGIONALE	108.947.577,52	108.181.470,00	101.145.626,53
A.4.A.3.1	Attività di ricovero ospedaliera	19.200.020,00	18.827.011,00	12.909.302,09
A.4.A.3.2	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	3.712.292,00	3.970.490,35	3.451.306,53
A.4.A.3.5	Prestazioni di File F	2.406.500,00	2.141.610,94	1.682.453,79
A.4.A.3	MOBILITA' EXTRAREGIONALE	25.318.812,00	24.939.112,29	18.043.062,41
A.2	Rettifica finanziamenti per investimenti	-2.450.000,00	-1.600.000,00	0,00
A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C	Altri ricavi per prestazioni sanitarie	673.934,55	348.173,00	362.635,08
A.6	Compartecipazione alla spesa (ticket)	2.963.292,38	3.123.671,00	1.866.139,85
A.4.D	Ricavi ALP	4.334.771,05	4.460.178,00	3.186.510,08
A.5	Rimborsi	1.003.264,25	2.252.546,00	6.670.714,86
A.7	Sterilizzazione ammortamenti	4.382.490,75	4.350.603,00	4.536.096,52
A.8 , A.9	Altri ricavi	246.520,90	321.103,00	225.303,02
C.1 , C.2 , D.1 , E.1	Ricavi straordinari	3.236.796,43	3.397.760,00	644.992,93
A.2 , A.4.A.2 , A.4.B , A.4.C , A.4.D , A.5 , A.6 , A.7 , A.8 , A.9 , C.1 , C.2 , D.1 , E.1	ALTRI RICAVI	14.391.070,31	16.654.034,00	17.492.392,34
	TOTALE RICAVI	198.785.101,30	202.439.708,29	202.784.123,03
	TOTALE COSTI	198.770.325,15	202.431.933,13	202.647.369,98
	RISULTATO	14.776,15	7.775,16	136.753,05

COSTI				
cdr	descrizione cdr	consuntivo 2018	consuntivo 2019	consuntivo 2020
AZ20-A010	Servizio igiene prevenzione e protezione	98.331,18	94.942,72	84.918,00
AZ20-A020	Direzione medica di presidio ospedaliero	2.013.853,82	2.216.731,66	2.918.843,76
AZ20-A030+A034	Farmacia	50.815.094,22	52.613.665,42	46.110.604,56
AZ20-P010	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	94.674.281,93	94.454.079,00	96.243.698,15
AZ20-P020	Direzione Amministrazione giuridica ed economica del personale	1.192.903,45	1.271.701,45	986.033,40
AZ20-P030	Direzione Procedimenti evidenza pubblica per forniture servizi e lavori	4.749.864,22	4.892.912,67	3.930.738,04
AZ20-Q010	Direzione Attività tecniche	8.932.788,32	9.197.894,26	7.853.535,46
AZ20-Q015	Direzione Attività economiche e servizi alberghieri	16.556.647,84	15.831.403,61	14.205.700,47
AZ20-Q020	Ufficio controllo di gestione e sistemi informatici	2.425.847,65	2.663.928,89	2.259.546,93
AZ20-Q030	Direzione affari generali e legali	2.528.104,01	2.947.469,95	2.824.601,81
AZ20-Q060	Centro di formazione	199.147,25	241.916,46	155.024,95
AZ20-Q070	Ufficio legale	2.949.999,40	3.167.353,68	2.419.758,88
AZ20-Q080	Direzione economica e di contabilità generale	6.153.019,79	6.234.692,60	6.223.265,00
AZ20-Q090	Qualità	37.294,65	11.818,61	17.452,29
AZ20-R010	Attività libero-professionale intramuraria	4.220.715,42	4.291.579,61	3.072.986,92
AZ20-9*	Somme vincolate	1.909.684,82	2.834.996,54	1.871.898,64
AZ20-9052	EMERGENZA SANITARIA		0,00	12.529.003,82
	Variazioni giacenze	-687.252,82	-535.154,00	-1.060.241,10
		198.770.325,15	202.431.933,13	202.647.369,98
		198.785.101,30	202.439.708,29	202.784.123,03
		14.776,15	7.775,16	136.753,05

3. Pianificazione Triennale

3.1 Obiettivi triennali

In questa sezione si evidenziano gli obiettivi strategici che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2022-2024.

Tali obiettivi scaturiscono dalle linee programmatiche elaborate a livello nazionale, regionale e aziendale.

OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO NAZIONALE

- Rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri secondo le indicazioni del Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa;
- Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in particolare di quelle riferite ai RAO;
- Miglioramento dei valori degli indicatori elaborati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa per il MeS;
- Miglioramento dei valori degli indicatori elaborati dall'AgeNaS nell'ambito del Piano Nazionale Esiti.

OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO REGIONALE

- Strutturazione della Centrale Operativa Territoriale;
- Stesura del Piano della Prevenzione
- Gestione dell'emergenza Covid-19 e attuazione dei piani vaccinali
- Mantenimento dello standard di estensione degli screening e dei tempi per le prestazioni di I e II livello;
- Implementazione del programma regionale per il procurement e il trapianto di organi e tessuti;
- Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari;
- Sviluppo della sanità digitale;
- Sviluppo del Piano Sanitario Regionale;
- Miglioramento della programmazione delle gare di acquisto regionali;
- Sviluppo del piano aziendale per l'accreditamento istituzionale;
- Potenziamento del personale del Sistema Sanitario Regionale;
- Efficace utilizzo delle risorse assegnate;
- Attivazione delle azioni per il Risk Management.

OBIETTIVI E LINEE PROGRAMMATICHE DEL LIVELLO AZIENDALE

- Indicatori e adempimenti orientati al Governo Clinico e all'appropriatezza;
- Indicatori e adempimenti orientati all'efficienza dei sistemi aziendali;
- Indicatori e adempimenti orientati alla qualità delle cure;
- Indicatori e adempimenti orientati allo sviluppo della Formazione, anche a Distanza;
- Indicatori e adempimenti orientati all'innovazione e allo sviluppo della Ricerca Clinica;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme Anticorruzione;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme sulla trasparenza;
- Indicatori e adempimenti orientati al rispetto delle norme sulla Privacy.

4. Programmazione annuale

4.1 Obiettivi annuali

In questa sezione, si evidenziano gli obiettivi operativi che l'Azienda intende perseguire nell'anno 2022.

Come si può evincere dalla tabella degli obiettivi riportata in fondo al capitolo, il sistema è strutturato in 5 + 1 aree e articolato in Sub Aree, Obiettivi e Azioni / Indicatori.

Le aree prescelte in base alle quali sono raggruppati gli obiettivi sono le seguenti:

- Area 0: Obiettivi di base.
- Area 1: Governo Clinico e Appropriatelyzza.
- Area 2: Innovazione e Ricerca.
- Area 3: Formazione e Rispetto Adempimenti.
- Area 4: Efficienza e Outcome.
- Area 5: Obiettivi di Sistema.

AREA 0 : OBIETTIVI DI BASE

Tale area si differenzia dalle altre in quanto il mancato conseguimento degli obiettivi determina una riduzione del valore di budget complessivo della Struttura maturato in base ai risultati ottenuti nelle rimanenti 5 Aree.

Gli obiettivi e le azioni / indicatori individuati sono stati prescelti in quanto il loro conseguimento è ritenuto un dovere / obbligo per le Strutture cui sono assegnati.

In sintesi si tratta della produzione dell'inventario del magazzino farmaceutico, del valore finanziario dei beni sanitari scaduti, dei tempi di chiusura delle Schede di Dimissione Ospedaliera e del Registro Operatorio.

AREA 1 : GOVERNO CLINICO E APPROPRIATEZZA

La Direzione Aziendale intende porre l'Appropriatezza come obiettivo centrale mediante il quale riuscire a curare ogni paziente garantendo il corretto mix di risorse adatto proprio per quel singolo caso, evitando quindi il rischio di un eventuale spreco di risorse ma anche di un possibile undertreatment del paziente rispetto ai reali bisogni di salute.

L'Area è divisa in due Sub Aree: quella delle Azioni per l'appropriatezza e quella degli Indicatori di appropriatezza.

Tale bipartizione è da considerare rilevante in quanto spesso nei processi di budget si assegnano alle Strutture che erogano prestazioni di ricovero e/o ambulatoriali come obiettivi degli indicatori sui quali il margine di intervento è limitato da assetti organizzativi aziendali o dipendente da rapporti con altre Aziende Sanitarie.

Per il 2022 la Direzione Aziendale ha anteposto una serie di azioni, di cui si fa carico presupponendo anche accordi con altri soggetti istituzionali quali in particolare l'A.S.L. Umbria 2, il cui fine è quello di risolvere quelle problematiche che fungono da ostacoli al possibile miglioramento degli indicatori aziendali e di struttura.

I Macro Obiettivi sono stati individuati ciascuno in quanto diretto ad un particolare target di pazienti.

Tali Macro Obiettivi sono i seguenti:

- Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, il cui target di riferimento risulta essere la popolazione esterna all'ospedale che necessita di essere informata riguardo al corretto utilizzo del Pronto Soccorso.
- Ridurre la durata della permanenza dei pazienti in Pronto Soccorso, il cui target di riferimento sono i pazienti che si sono rivolti al Pronto Soccorso per i quali si intende ridurre i tempi di stazionamento in P.S.
- Ridurre il numero di ricoveri impropri da Pronto Soccorso e programmati da Reparto; in tal caso il target individuato è composto da due gruppi distinti: da una parte i pazienti acceduti al Pronto Soccorso per i quali si aspira a regolare il loro ricovero in termini di corretta appropriatezza, dall'altra i pazienti per i quali viene programmato il ricovero in elezione che, anche in questo caso, deve essere giustificato in termini di appropriatezza.
- Migliorare la performance in termini di durata della degenza, il cui target risulta essere composto dai pazienti ricoverati la cui permanenza in ospedale e la conseguente occupazione di un posto letto devono essere appropriate al fine di evitare occupazioni incongrue dei posti letto che portano ad un sovraffollamento ospedaliero con gravi disagi per gli operatori e per i pazienti.
- Ridurre i ricoveri ripetuti, il cui target è costituito dai pazienti recentemente dimessi dall'Azienda Ospedaliera; questa situazione riguarda l'appropriatezza nella dimissione dei pazienti che auspicabilmente al momento della dimissione devono aver correttamente terminato il loro percorso di cura nell'ambito del relativo ricovero. L'appropriata gestione dei pazienti dimessi, con riduzione del numero di ricoveri ripetuti, in un'ottica di efficace continuità assistenziale, viene garantita dalla definizione e condivisione di Percorsi di cura con il Territorio e dalla definizione e adozione di protocolli di follow-up.
- Migliorare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, il cui target in questo caso risultano essere i professionisti dell'Azienda Ospedaliera che, nel pieno rispetto dell'autonomia professionale, devono evidentemente garantire un utilizzo appropriato delle risorse loro assegnate (farmaci, dispositivi, sedute di sala operatoria, ecc.).

AREA 2 : INNOVAZIONE E RICERCA

Nell'area dell'Innovazione sono compresi obiettivi relativi alla collaborazione e al supporto rispetto ai progetti aziendali riguardanti sia l'informatica sia l'HTA (Health Technology Assessment) per cui è prevista, tra l'altro, l'attivazione di una Commissione aziendale per un'analisi strutturata interdisciplinare e multidimensionale delle tecnologie già presenti in Ospedale e di quelle da introdurre ovvero dismettere in un'ottica di lean management finalizzato alla creazione di valore ("value").

La Direzione Amministrativa intende inoltre favorire l'utilizzo massivo del protocollo aziendale attraverso l'implementazione del sistema delle assegnazioni e della fascicolazione digitale, grazie ad un uso maggiore delle tecnologie informatiche e della dematerializzazione.

Per quanto riguarda la Ricerca gli obiettivi interessano le sperimentazioni cliniche attivate e le pubblicazioni di articoli effettuate.

AREA 3 : FORMAZIONE E RISPETTO ADEMPIMENTI

Per l'anno 2022 la Direzione Aziendale intende confermare gli obiettivi già assegnati lo scorso anno relativi alla Formazione, tendenti al rispetto del Piano di Formazione Aziendale elaborato secondo le richieste dei Responsabili delle Varie Strutture, attraverso la piena partecipazione dei dipendenti, e al Rispetto degli adempimenti inerenti in particolare il Risk Management, la Privacy, la Trasparenza e l'Anticorruzione.

Rispetto a quest'ultimo punto, saranno i Responsabili aziendali delle singole aree a stabilire prima degli incontri di budget uno o più obiettivi attinenti alle proprie competenze.

AREA 4 : EFFICIENZA E OUTCOME

Per quanto riguarda gli obiettivi e gli indicatori di efficienza e di outcome, la scelta è ricaduta su quelli per cui l'Azienda Ospedaliera di Terni è valutata dall'esterno da parte di enti all'uopo accreditati quali il Consorzio MeS (Management e Sanità) e l'AgeNaS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali).

Il primo gruppo di indicatori (Efficienza) è ripreso da quelli che il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, su mandato di un Network costituito dalla maggior parte delle Regioni italiane, utilizza per la valutazione delle attività sanitarie, tra cui quella ospedaliera.

Il secondo gruppo (Outcome) rispecchia gli indicatori elaborati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali per il proprio Piano Nazionale Esiti (PNE) in base ai quali la qualità degli ospedali e delle Aziende Ospedaliere viene valutata a livello Ministeriale attraverso dei parametri che impongono eventualmente un piano di rientro triennale per la qualità delle cure qualora i risultati non siano soddisfacenti (Decreto Ministeriale del 21/6/2016 nel quale si elabora una "Metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure").

AREA 5 : OBIETTIVI DI SISTEMA

Gli obiettivi e le Azioni / Indicatori relativi a tale area saranno definiti secondo le indicazioni dell'Assessorato che li sta sviluppando anche in relazione all'evolversi della situazione pandemica.

Per dovizia di informazioni si ritiene utile ricordare che i macro obiettivi che per il 2021 impattavano maggiormente sulle attività dei Dipartimenti riguardavano la gestione delle liste di attesa sia chirurgiche che ambulatoriali, la sorveglianza della pandemia da COVID-19, il rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari e l'implementazione del programma regionale per il trapianto di organi e tessuti.

Ulteriori obiettivi, influenti maggiormente sulle Strutture Gestionali sia sanitarie che tecnico-amministrative, erano riferiti alla copertura vaccinale sia contro il COVID-19 che antinfluenzale, lo sviluppo della sanità digitale, il miglioramento della programmazione delle gare di acquisto Regionali e il Piano Aziendale per l'Accreditamento Istituzionale.

CONCLUSIONI

Di seguito si riportano una serie di tabelle che per ogni Area specificano sulle righe le Sub Aree, gli Obiettivi e le Azioni / Indicatori, mentre le colonne indicano per ciascuno di questi ultimi i Dipartimenti interessati, se il coinvolgimento riguarda la Dirigenza Sanitaria, il Comparto o entrambi, le Aree di Supporto Gestionale attive e, infine, l'eventuale partecipazione al conseguimento dell'obiettivo da parte di altri soggetti istituzionali.

In alcuni casi l'indicazione del coinvolgimento del Dipartimento rispetto ad un'Azione / Indicatore non implica necessariamente che tutte le Strutture afferenti siano interessate, ma questo può riguardare soltanto alcune Strutture specifiche.

Relativamente al settore del Comparto Sanitario, proseguendo quanto già messo in pratica nell'anno precedente, sono previsti inoltre una serie di obiettivi specifici per ogni Dipartimento che saranno proposti dalla Direzione del S.I.T.R.O..

Per quanto riguarda il settore Tecnico-Professionale-Amministrativo è programmato per ciascuna Struttura oggetto di budget almeno un obiettivo, con la relativa Azione / Indicatore, per ogni Posizione Organizzativa afferente.

La situazione degli obiettivi riportata nelle tabelle che seguono è da ritenersi quasi definitiva, ciò non toglie che nel corso degli incontri di negoziazione dei budget sarà possibile proporre eventuali altri obiettivi o discutere sulla loro assegnazione.

AREA 1: GOVERNO CLINICO E APPROPRIATEZZA

Sub Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT-INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali		
		AZIONI PER L'APPROPRIATEZZA															
Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso	Campagna informativa rivolta all'utenza sul corretto utilizzo del PS e delle altre Strutture																
		Messa a regime della Discharge room	X	X	X	X	X	X	X			X	xxx	X	DS		
		Procedura di programmazione delle dimissioni da parte delle UU.OO. con messa a regime del software aziendale Visual hospital	X	X	X	X	X	X	X			X	X	xxx	xxx	sifro	
		Attivazione agende di specialista ambulatoriale dedicate per il P.S. (area cardiologica)	X	X	X	X	X	X	X			X	xxx	xxx	xxx	DS	
		Messa a regime della funzione dell'hospitalist	X						X				xx	xxx	sifro		
		Definizione, condizionale e applicazione di protocolli per la gestione dei pazienti in P.S. per le principali diagnosi di ingresso	X	X	X	X	X	X	X			X	X	xxx	xxx	DS	
		Adeguamento tecnologico OBI							X					X		DS + tec	
		Definizione di un percorso interaziendale per eventuali ricoveri in altri Ospedali della USL 2 dal PS dell'A.O. Terni							X					xxx		DS	ASL
		Definizione di PDTA condivisi con le Strutture territoriali e i MMG	X	X	X	X	X	X	X			X	X	xxx	xxx	DS	ASL
		"Qualificazione" della funzione della Medicina d'urgenza, con definizione di specifici percorsi verso e dalla MURG	X							X		X		xxx	xxx	DS	
Migliorare la performance in termini di durata della degenza	Definizione appropriato volume e modalità di esecuzione di esami radiologici/esami di endoscopia digestiva per pazienti ricoverati									X			xxx				
		Predisposizione di PDTA di integrazione ospedale territorio con coinvolgimento dell'Ufficio Dimissioni Protette, dei MMG, dei medici Ospedalieri, del personale infermieristico Az. Ospedaliera/ Centri di salute	X	X	X	X	X	X			X	X	xxx	xxx	DS + sifro	ASL	
		Predisposizione procedure di follow-up per le prime dieci diagnosi di dimissione	X	X	X	X	X	X			X	X	xxx	xxx	DS		
		Implementazione ambulatori per scompenso cardiaco e BPCO	X						X				xxx	xx	DS		
		Implementazione Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC)	X	X	X	X	X	X	X			X	xx	xx	DS		
Ridurre i ricoveri ripetuti	Telemedicina (in una prima fase attivazione teleassistenza oncologica, neurologica e di neuroriabilitazione, ai pazienti dializzati)				X						X	xxx		DS + inf			

AREA 3: FORMAZIONE E RISPETTO ADEMPIMENTI

AZIONI PER RISPETTO ADEMPIMENTI		AZIONI PER RISPETTO PIANO		Sub Obiettivo												Azioni / Indicatori															
Rispetto Piano Formazione Aziendale		%corsi/convegni inclusi nel Piano di Formazione frequentati		MEDICINA		CHIRURGIA		TESTA-COLLO		NEUROSC		CTV		MAT.INF		EMERGENZA		LABORATORIO		IMMAGINI		ONCO		Dirigenza		Comparto		Area di supporto gestionale		Altri soggetti istituzionali	
Rispetto Piano Formazione Aziendale		%corsi/convegni inclusi nel Piano di Formazione frequentati		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				
Rispetto adempimenti Risk Management		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile del Risk Management)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				
Rispetto adempimenti Privacy		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile della Privacy)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				
Rispetto adempimenti Trasparenza		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile della Trasparenza)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				
Rispetto adempimenti Anticorruzione		(uno o più azioni/indicatori proposti dal Responsabile dell'Anticorruzione)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				
Rispetto adempimenti vs. Medico Competente e Medico Autorizzato		Osservanza degli appuntamenti da parte del personale sanitario e non in merito alle visite di idoneità effettuate dal Medico Competente dei lavoratori esposti al rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti in merito alle visite di idoneità del Medico Autorizzato		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	xxx	xxx	xxx	xxx	all				

AREA 4: EFFICIENZA E OUTCOME

Sub Obiettivo	Azioni / Indicatori	MEDICINA	CHIRURGIA	TESTA-COLLO	NEUROSC	CTV	MAT.INF	EMERGENZA	LABORATORIO	IMMAGINI	ONCO	Dirigenza	Comparto	Area di supporto gestionale	Altri soggetti istituzionali	
INDICATORI MES	Migliorare l'Efficienza Aziendale	degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	X	X	X	X	X	X				xxx				
		% colecistomie e laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	X	X	X	X	X	X	X				xxx			
		% ricoveri in Day-Surgery	X	X	X	X	X	X	X				xxx			
		% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	X	X									xxx			
		% Prostatectomia transuretrale	X										xxx			
		% parti cesarei depurati						X					xxx			
		% episiotomia depurata						X					xxx			
		% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)						X					xxx			
		% interv. conservativi e nipple-skin sparing-ricostituitivi mammella per tum. maligno	X	X									xxx			
		tempi di attesa per la chirurgia oncologica	X	X	X	X	X	X					xxx			
		% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	X	X	X	X	X	X					xxx			
		PS - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti						X					xxx			
		PS - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora						X					xxx			
		PS - % pazienti con codice verde non inviati al ric. con tempi di perm. entro le 4 ore						X					xxx			
		PS - % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore						X					xxx			
		PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione								X			xxx			
% ricoveri sopra soglia 150 anni per tumore maligno alla mammella	X										xxx					
% ricoveri sopra soglia 50 anni per tumore maligno alla prostata	X										xxx					
% attrazione extra regione - DRG alla complessità	X				X						xxx					
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso								X			xxx					
% dimissioni volontarie	X	X	X	X	X	X	X	X			X	xxx	X			

AREA 5: OBIETTIVI DI SISTEMA

Gli obiettivi e le Azioni / Indicatori relativi a tale area saranno definiti secondo le indicazioni dell'Assessorato che li sta sviluppando anche in relazione all'evolversi della situazione pandemica	Sub	Obiettivo	Azioni / Indicatori
			CHIRURGIA
			TESTA-COLLO
			NEUROSC
			CTV
			MAT.INF
			EMERGENZA
			LABORATORIO
			IMMAGINI
			ONCO
			Dirigenza
			Comparto
			Area di supporto gestionale
			Altri soggetti istituzionali

5. Performance di struttura

La performance di struttura viene valutata attraverso lo sviluppo di quattro paralleli processi di budget e assegnazione degli obiettivi:

ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI DI ATTIVITA' (DIRIGENZA SANITARIA)

Per centro di attività della Dirigenza Sanitaria si intendono tutte le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali previste dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Dirigente Sanitario responsabile;
- Producono attività di ricovero e/o specialistica ambulatoriale;
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI DI ATTIVITA' (COMPARTO SANITARIO)

Per centro di attività del Comparto Sanitario si intendono tutte le Unità Operative / Aree previste dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotate di un Coordinatore delle Professioni Sanitarie;
- Concorrono alle attività di ricovero e/o specialistica ambulatoriale e/o di sala operatoria.
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

Per centri sanitari di supporto si intendono le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali e gli Incarichi di Funzione Organizzativi dell'area sanitaria previsti dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotati di un Dirigente Sanitario o di un titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura sovraordinato, in qualità di responsabile;
- Sono titolari di attività di natura organizzativa;
- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI CENTRI AMMINISTRATIVI

Per centri amministrativi si intendono le Strutture Complesse e Semplici e gli Incarichi di Funzione Organizzativa dell'area tecnico-amministrativa previsti dal vigente organigramma aziendale che soddisfano i seguenti requisiti:

- Sono dotati di un Dirigente Amministrativo / Tecnico / Professionale o di un titolare di Incarico di Funzione Organizzativa, in assenza di un Dirigente di Struttura sovraordinato, in qualità di responsabile;
- Sono titolari di attività di natura organizzativa;

- È possibile determinare con chiarezza le attività espletate e le risorse disponibili.

La valutazione della performance di struttura fornisce come risultato un valore percentuale, che determina il risultato di ciascun centro di budget aziendale da integrare per ciascun dipendente con il risultato della propria performance individuale.

6. Performance individuale

Il sistema di valutazione aziendale, in via sperimentale, è stato introdotto a regime nel 2010 con il collegamento al sistema premiante attraverso l'applicazione immediata delle nuove disposizioni della cosiddetta riforma Brunetta.

Pertanto, sia nell'anno 2010 sia nel 2011, il sistema di premialità, facendo leva sul classico metodo Brunetta, ha di fatto avviato l'istituzionalizzazione del riconoscimento selettivo e differenziato finalizzato alla corresponsione degli incentivi nella performance individuale ed organizzativa.

Nell'ottica della strategia aziendale di taratura e miglioramento della performance complessiva si sono poste le nuove schede di valutazione della performance individuale adottate per il Comparto a partire dall'anno 2014.

I report valutativi adottati nel 2014, ad integrazione e modifica del sistema di valutazione vigente, sono distinti tra categorie e profili professionali con tarature diversificate dei singoli item valutativi al fine di rendere più pertinente e oggettiva la valutazione individuale degli operatori del comparto.

Inoltre, la valutazione complessiva si fonda sulla pesatura diversificata per categorie e profili professionali delle componenti di performance individuale e organizzativa al fine di valorizzare in maniera significativa responsabilità e ruoli. Dopo alcune implementazioni e modifiche migliorative introdotte nel 2015 e 2016, dall'anno 2017 le schede di valutazione sono state integrate sperimentalmente, e solo per il personale di area sanitaria afferente al servizio della Professioni Sanitarie, con un feedback periodico tra valutato e valutatore utile a rilevare con periodicità semestrale i miglioramenti e/o le segnalazioni di errore di valutazione.

Nel corso dell'ultimo biennio, l'OIV, a seguito del monitoraggio e della costante verifica sull'attuazione delle procedure previste e sui conseguenti andamenti, ha promosso una serie di interventi migliorativi sui piani collegati di valutazione e premialità sia del Comparto sia dell'Area Dirigenziale.

Le leve fondamentali che tale processo deve azionare in modo più incisivo attraverso il collegato Sistema di Budgeting, così come negli ultimi tre anni indicato insistentemente dal NVA prima e dall'OIV poi, sono la diffusione in azienda della nuova cultura di pianificazione e programmazione del raggiungimento di obiettivi condivisi, trasparenti e raggiungibili, la misurazione delle performance conseguite e la conseguente taratura di soluzioni migliorative di performance sia individuali sia organizzative.

Il processo già avviato si sta sviluppando progressivamente, così come testimoniano il presente aggiornamento del Piano della Performance e l'implementazione di adeguamenti migliorativi in recepimento delle direttive dell'OIV in tema di valutazione e performance e/o maturati dall'esperienza e revisione critica degli stessi gestori/fruitori dei sistemi stessi.

L'obiettivo che l'Azienda ospedaliera S. Maria di Terni sta perseguendo è quello di promuovere il merito e il miglioramento della performance individuale, utilizzando sistemi premianti selettivi che valorizzino i dipendenti che conseguono le migliori performance, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici e di carriera.

Il monitoraggio infrannuale, previsto con feedback periodico tra valutato e valutatore, per il personale sanitario del Comparto si è dimostrato essere un valido strumento nei processi di formazione della valutazione e di orientamento dell'azione e dei comportamenti dei valutati. Infatti,

lo strumento predisposto ha lo scopo di arricchire la cultura della valutazione rendendo sempre più trasparente, condiviso e partecipativo il confronto tra valutato e valutatore nella reciproca collaborazione e nel rispetto dei ruoli, superando le criticità e le incomprensioni determinate da una mera e sterile compilazione del report di valutazione da parte del valutatore a consuntivo.

La valutazione individuale permanente, pertanto, gradualmente costituirà l'esito finale del confronto continuo tra Valutatore e Valutato, tappa fondamentale per la misurazione, oltre che delle competenze e delle conoscenze dei professionisti/operatori, del grado di raggiungimento del percorso di crescita professionale, di collaborazione nell'equipe e di condivisione della mission di struttura e aziendale.

In considerazione del fatto che la valorizzazione dell'apposito report di valutazione complessiva del personale dipendente e dirigente deve tenere conto quindi dei diversi elementi, quali la professionalità dimostrata e i comportamenti attuati, anche rispetto alla categoria e/o profilo di appartenenza, all'area assistenziale di assegnazione e/o incarico ricoperto per il Comparto e della tipologia di incarico assegnato e dell'area di intervento assistenziale /di direzione strategica per l'Area Dirigenziale, così come proposto dall'OIV nel corso del 2022 sarà avviata la revisione delle schede di valutazione .

Inoltre, è in corso di approfondimento e di revisione la procedura di valutazione di seconda istanza al fine di accogliere le proposte in merito avanzate dall'OIV, al fine di garantire le temperate aspettative connesse al riesame.

7. Il sistema premiante

L' affinamento e l'ottimizzazione degli strumenti fondamentali di pianificazione, di misurazione e di miglioramento della performance stessa sia nell'ambito della qualità prestazionale individuale del lavoratore sia di quella organizzativa contribuiscono in maniera concreta a promuovere il merito e il miglioramento della performance, utilizzando sistemi premianti selettivi che valorizzino i dipendenti del comparto e i dirigenti che conseguono le migliori performance, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici, progressioni economiche, incarichi di funzione e incarichi dirigenziali.

Ciascun dipendente di comparto e dirigente, a conclusione del ciclo annuale, inoltre accede alle quote premiali previste, connesse alla valorizzazione della performance individuale e di quella organizzativa, nell'ambito del fondo destinato alla retribuzione di risultato calcolata ed elaborata secondo i criteri attualmente vigenti stabiliti dalla già citata D.D.G. n. 959/2018 e successive modificazioni.

8. Considerazioni conclusive

8.1. Validità e aggiornamenti del Piano della Performance

Il precedente Piano della Performance, relativo al triennio 2021/2023, è stato approvato con Delibera n. 663 del 2 luglio 2021.

Il presente Piano della Performance, riferito al triennio 2022/2024, tiene conto dell'evoluzione dell'Azienda, sia rispetto agli indicatori considerati, sia rispetto al riassetto del Sistema di Pianificazione e Controllo.

8.2. Collegamento al sito istituzionale aziendale - “Amministrazione Trasparente”

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. Lsg. 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 alla 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) nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

In tale sezione è possibile inoltre prendere visione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 396 del 31/03/21.