

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
n. 0000806 del 06/10/2020**

OGGETTO:

APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE 2019 DELL'A.O. SANTA MARIA DI TERNI

VISTA

Proposta n. 0000428 del 05/10/2020 a cura di S.S. Controllo di Gestione
Hash.pdf (SHA256):a52076ecf6b552519aef7b71be71fc2a3fd05c4667e22c7840811b4a0253b079

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
Stefano Carlini

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Sandro Vendetti

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 COMMISSARIO STRAORDINARIO
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".

VISTE le "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" (n.3 novembre 2018), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e 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.

CONSIDERATO che il d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance.

PREMESSO che l'art. 10 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74 /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."

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.

VISTA la Delibera del Direttore Generale n.72 del 25 gennaio 2018 avente come oggetto “Piano della Performance 2017-2019 dell’A.O. S. Maria di Terni”.

CONSIDERATA la Delibera del Direttore Generale n.959 del 18 ottobre 2018 avente come oggetto “Regolamento del Sistema della Performance”.

PRESO ATTO della nota Prot. n. 51589 con la quale il Direttore Sanitario, in qualità di Coordinatore del Tavolo Gestionale, ha certificato gli esiti della procedura di valutazione della performance di struttura dei Centri di attività – Dirigenza Sanitaria, dei Centri di attività – Comparto Sanitario e dei Centri Sanitari di Supporto.

PRESO ATTO della nota Prot. n. 51588 con la quale il Direttore Amministrativo, in qualità di Coordinatore del Tavolo delle Risorse, ha certificato gli esiti della procedura di valutazione della performance di struttura dei Centri Amministrativi.

VISTA la relazione (nota Prot. 55838) con la quale il Commissario Straordinario, in qualità di Coordinatore del Tavolo Strategico, ha approvato i risultati relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun centro di budget.

VISIONATO il documento istruttorio, rappresentato nel testo allegato, relativo alla “Relazione annuale sulla performance 2019 dell’A.O. Santa Maria di Terni”, comprensivo degli allegati richiamati nel testo.

SI PROPONE DI DELIBERARE

- di approvare la “Relazione annuale sulla performance 2019 dell’A.O. Santa Maria di Terni”, comprensiva degli allegati richiamati nel testo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di provvedere alla pubblicazione della Relazione 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

**Relazione annuale sulla performance 2019
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. 3
1.3 Ciclo della Performance nell’Azienda Ospedaliera di Terni.	p. 6
1.4 Processo di misurazione e valutazione.....	p. 7
2. Analisi del contesto e delle risorse.....	p. 11
2.1 Analisi del contesto.....	p. 11
2.2 Analisi delle risorse.....	p. 13
3. Sintesi dei principali risultati ottenuti.....	p. 17
4. Misurazione e valutazione della performance di struttura.....	p. 26
4.1 Risultati relativi agli obiettivi aziendali.....	p. 26
4.2 Risultati relativi alla performance delle singole unità organizzative.....	p. 32
4.3 Risultati relativi alla performance di struttura complessiva.....	p. 37
5. Misurazione e valutazione della performance individuale.....	p. 38
6. Trasparenza e Anticorruzione.....	p. 44

1. Introduzione

1.1 Riferimenti normativi

La presente Relazione annuale sulla performance è stata redatta sulla base delle “Linee guida per la Relazione annuale sulla performance” (n.3 novembre 2018), emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DPF) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi del d.lgs. n. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74/2017, e 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 d.lgs. 74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l’impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla performance.

L’art. 10 del d.lgs. 150/2009, così come modificato dal d.lgs. 74 /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 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.

Il suddetto processo prevede l’introduzione di tre Tavoli operativi - il Tavolo Strategico, il Tavolo Gestionale e il Tavolo delle Risorse – che sono 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 predisposizione e il controllo del bilancio gestionale.

Secondo quanto previsto dalla D.D.G. n. 1083/2016, il Tavolo Strategico (TS) è composto da: Direttore Generale, che svolge la funzione di coordinatore, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Responsabile Controllo di Gestione, Responsabile Contabilità e Bilancio, Responsabile del Personale, Responsabile della Farmacia Ospedaliera, Responsabile delle Professioni Sanitarie e Responsabile della Qualità.

Il Tavolo Gestionale è composto dal Direttore Sanitario, che svolge la funzione di coordinatore, i membri della Direzione Medica di Presidio, il Responsabile del Controllo di Gestione, il Responsabile della Farmacia Ospedaliera, il Responsabile delle Professioni Sanitarie e il Responsabile della Qualità.

Il Tavolo delle Risorse è composto da: Direttore Amministrativo, che svolge la funzione di coordinatore, Responsabile del Controllo di Gestione, Responsabile Contabilità e Bilancio e Responsabile del Personale.

Il percorso annuale di valutazione della performance ha inizio con i primi due incontri del TS: nel primo vengono aggiornati i concetti di Mission e Vision aziendale, individuati i macro-obiettivi (con cadenza triennale e/o declinazione annuale), delineate le linee generali inerenti il processo di budget, i grandi investimenti ed il piano delle assunzioni, analizzato l'andamento economico/gestionale dell'esercizio in chiusura ed esaminati gli obiettivi predisposti a livello nazionale e regionale; nel secondo momento è prevista l'integrazione del gruppo con il Collegio di Direzione e, in tale sede, la Direzione e lo Staff illustrano ai presenti quanto concordato nella prima parte della riunione ed i Direttori dei dipartimenti illustrano i loro suggerimenti e/o propongono nuovi progetti.

A conclusione dei due incontri il TS dà mandato al Tavolo Gestionale (TG) di programmare e gestire i processi di assegnazione degli obiettivi ai centri di attività (Dirigenza Sanitaria), a quelli del Comparto Sanitario e ai centri sanitari di supporto. Allo stesso modo dà mandato al Tavolo delle Risorse (TR) di procedere alla programmazione e gestione dell'assegnazione degli obiettivi ai centri amministrativi e dei budget ai Centri di Risorsa.

Connessa alla procedura di assegnazione degli obiettivi è la contemporanea assegnazione di un budget di risorse riguardanti in particolare i beni sanitari, oltre alla definizione delle risorse umane e strumentali con cui poter raggiungere i risultati programmati.

Una volta avvenute le rispettive negoziazioni degli obiettivi e dei budget, il TG e il TR gestiscono le attività di monitoraggio e di intervento sui risultati parziali non in linea con quanto programmato e riferiscono sull'andamento della performance aziendale al TS. Sono previsti inoltre incontri almeno trimestrali con i responsabili dei centri di attività, sanitari di supporto e amministrativi per la discussione e verifica dei risultati parziali infrannuali.

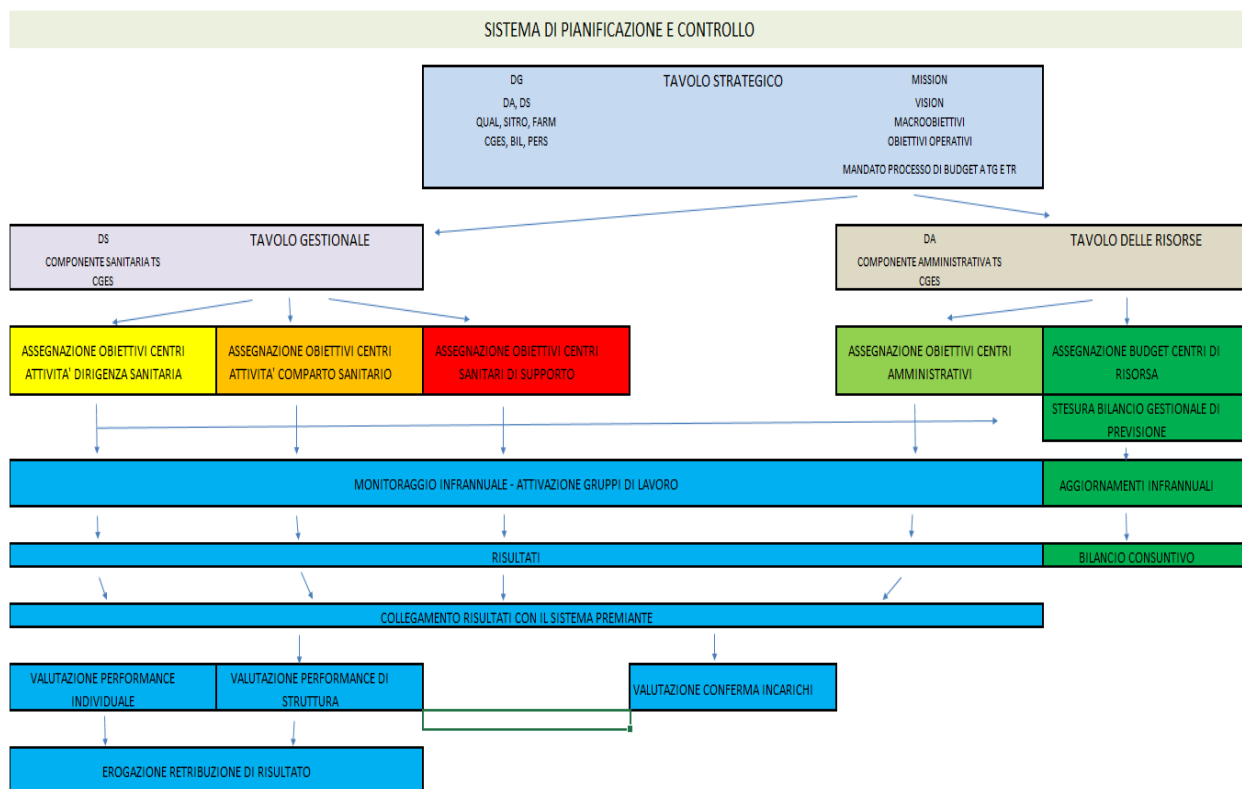
Nell'anno successivo a quello dell'esercizio in esame, dopo aver comunicato i risultati provvisori ai responsabili dei centri, vengono esaminate eventuali considerazioni o contestazioni. Sulla base della documentazione ricevuta il TS esamina e convalida i risultati dei processi gestiti dal TR e dal TG e li trasmette all'Organismo di Valutazione per la loro convalida e alla P.O. Relazioni Sindacali per il collegamento con il sistema premiante.

Del lavoro svolto dai tre tavoli e delle conclusioni emerse in seguito ad ogni riunione, viene data evidenza in appositi verbali. Inoltre, i verbali del TG e del TR vengono trasmessi al TS.

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

CRONOPROGRAMMA Pi.Co.	
Dicembre anno precedente	Incontro 1 TS: definizione e aggiornamento mission, vision, macro obiettivi aziendali, obiettivi di budget, grandi investimenti, piano assunzioni
	Incontro 2 TS con partecipazione dei membri del Collegio di Direzione. Condivisione dei contenuti ad oggetto della prima riunione, proposte del Collegio di Direzione, indicazioni rivolte al TG e al TR in merito alle linee di indirizzo da seguire nella gestione dei processi di budget dei centri di attività, dei centri sanitari di supporto, dei centri amministrativi e centri di risorsa
Gennaio anno in corso	Negoziazione e assegnazione obiettivi ai centri di attività della Dirigenza Sanitaria e ai centri di attività del Comparto Sanitario (TG)
Febbraio anno in corso	Negoziazione e assegnazione dei budget dei centri di risorsa (TR), degli obiettivi dei centri sanitari di supporto (TG) e dei centri amministrativi (TR)
Marzo anno in corso	Formazione del bilancio gestionale di previsione (TR)
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 processi di assegnazione degli obiettivi, comunicazione ai responsabili dei centri, eventuali considerazioni e/o contestazioni, verifica delle considerazioni e/o contestazioni, trasmissione della documentazione al TS, esame e convalida dei risultati, trasmissione alla P.O. Relazioni Sindacali. Elaborazione bilancio gestionale consuntivo

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



1.3 Ciclo della Performance nell'Azienda Ospedaliera di Terni

Con la Delibera del Direttore Generale n. 72 del 25/1/2018 è stato approvato il Piano aziendale della Performance 2017-2019

In tale Piano erano indicate:

- Per quanto riguarda la performance di Struttura le azioni strategiche individuate dall'A.O di Terni per il triennio 2017-2019 concernenti il Governo Clinico, l'Health Technology Assessment, l'efficienza dei processi e l'efficacia delle cure ed, infine, l'amministrazione trasparente. Tali azioni strategiche erano poi ulteriormente declinate in macro-obiettivi, obiettivi operativi ed indicatori.
- Per quanto concerne la performance individuale i criteri di valutazione del personale con i relativi obiettivi menzionati per tipologia.

Con la Delibera del Direttore Generale n. 959 del 18/10/2018 è stato approvato il Regolamento del Sistema della Performance, mediante il quale la Direzione Aziendale ha inteso codificare un insieme di regole che garantissero una forma organica agli strumenti adottati dall'Azienda stessa ai fini della pianificazione e del controllo del sistema di valutazione della *performance* individuale e organizzativa, del sistema premiante, del processo di formazione e monitoraggio del bilancio di previsione gestionale ed, infine, dell'elaborazione e aggiornamento del Piano della *Performance*,

tenendo conto dell'attuale normativa, delle strategie aziendali e delle indicazioni del Nucleo Interno di Valutazione.

Con l'introduzione di tale regolamento veniva inoltre modificato il vigente Piano della *Performance* nelle sezioni dai contenuti corrispettivi, che riguardavano essenzialmente la possibilità di assegnare obiettivi specifici *ad personam* nell'ambito della performance di struttura e la modifica della conformazione di alcune schede di valutazione riguardanti la performance individuale.

Infine, anche se non riguarda direttamente la stesura della presente relazione che si riferisce alla performance relativa all'anno 2019, per dovere di informazione si ricorda che con Delibera del Commissario Straordinario n. 125 del 20/02/2020 è stato adottato il Piano della performance 2020-2022.

1.4 Processo di misurazione e valutazione

Di seguito sono descritte le modalità con le quali si è svolto l'intero processo di misurazione e valutazione.

Sulla base delle disposizioni regolamentari aziendali concernenti l'implementazione e sviluppo del processo di budget annuale (Del. n. 959 del 18/10/2018 "Regolamento del sistema della Performance"), sono state avviate le procedure di valutazione per l'anno 2019 relative ai Centri di Responsabilità presenti nel piano 2019.

CENTRI DI ATTIVITA' – DIRIGENZA SANITARIA

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro di attività della Dirigenza Sanitaria il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, si riportano nell'allegato A), parte integrante del presente documento, i risultati definitivi del processo di budget anno 2019, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti tenuto conto del grado di raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi generali individuati nel percorso di budget 2019 (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione):

1. Budget economico;
2. Obiettivi di performance;
3. Indicatori MES;

4. Indicatori AGENAS-PNE;
5. Obiettivi specifici di struttura;

specificando che il Tavolo Gestionale ha ritenuto opportuno, in fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi relativi ai centri di attività, individuare i seguenti fattori di correzione ai criteri già deliberati:

1. conseguimento del 100% dei singoli obiettivi relativi al budget economico laddove il saldo tra ricavi e costi rispetto all'anno precedente risulti in attivo;
2. conseguimento del 100% dell'obiettivo legato all'indice di performance laddove questo risulta inferiore a 100,0; in caso contrario di un valore percentuale pari alla riduzione ottenuta rispetto all'anno precedente;
3. ulteriori criteri riportati nell'Allegato 1.

CENTRI DI ATTIVITA' – COMPARTO SANITARIO

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro di attività del Comparto Sanitario il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, si riportano nell'allegato B), parte integrante del presente documento, i risultati definitivi del processo di budget anno 2019, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti tenuto conto del grado di raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi generali individuati nel percorso di budget 2019 (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione):

1. Miglioramento appropriatezza clinica;
2. Miglioramento appropriatezza organizzativa;
3. Supporto formativo finalizzato al miglioramento continuo dell'organizzazione;
4. Informatizzazione di tutti i processi assistenziali;
5. Miglioramento efficienza utilizzo risorse;
6. Integrazione Azienda – Territorio;
7. Obiettivi specifici di struttura;

specificando che il Tavolo Gestionale ha ritenuto opportuno, in fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi relativi ai centri di attività del comparto sanitario, accettare le valutazioni dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici.

CENTRI SANITARI DI SUPPORTO

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro sanitario di supporto il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, si riportano nell'allegato C), parte integrante del presente documento, i risultati definitivi del processo di budget anno 2019, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti attraverso un processo iniziato con l'assegnazione di obiettivi specifici a ciascun centro, ritenuti strategici dal Tavolo Gestionale rispetto alle attività aziendali di competenza del centro.

Dopo la conclusione delle attività annuali, il Responsabile di ciascun centro ha redatto una scheda di rendicontazione delle attività svolte con la quantificazione dei risultati ottenuti in modo da consentire il confronto con i risultati attesi.

Successivamente, sulla base delle suddette rendicontazioni, il Direttore Sanitario ha valutato e certificato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione).

CENTRI AMMINISTRATIVI

Dopo aver analizzato i dati, valutato per ciascun centro amministrativo il grado di raggiungimento degli obiettivi ed esperite le procedure di approfondimento previste dal Regolamento del sistema della Performance, si riportano nell'allegato D), parte integrante del presente documento, i risultati definitivi del processo di budget anno 2019, secondo i seguenti indicatori:

- ✓ numero degli obiettivi assegnati;
- ✓ percentuale di conseguimento dato dal rapporto tra il punteggio conseguito e il punteggio disponibile, sulla base della somma dei punteggi conseguiti per ciascun obiettivo assegnato;
- ✓ espressione del risultato finale in termini di valore percentuale.

Tali risultati sono stati ottenuti attraverso un processo iniziato con l'assegnazione di obiettivi specifici a ciascun centro, ritenuti strategici dal Tavolo delle Risorse rispetto alle attività aziendali di competenza del centro.

Dopo la conclusione delle attività annuali, il Responsabile di ciascun centro ha redatto una scheda di rendicontazione delle attività svolte con la quantificazione dei risultati ottenuti in modo da consentire il confronto con i risultati attesi.

Successivamente, sulla base delle suddette rendicontazioni, il Direttore Amministrativo ha valutato e certificato il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo (così come agli atti dell'Ufficio Controllo di Gestione).

CONCLUSIONI

Al fine del collegamento dei risultati di budget con il sistema premiante per la parte riservata alla retribuzione di risultato e di produttività collettiva di performance di struttura rispettivamente per le dirigenze e il comparto, sulla base delle rispettive regolamentazioni, si tiene conto che:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura di cui all'allegato A) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire a tutto il personale dirigente afferente alle relative strutture;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura specifica del comparto di cui all'allegato B) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale del comparto afferente funzionalmente alla medesima struttura;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun Centro Sanitario di Supporto di cui all'allegato C) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale della Dirigenza e del Comparto afferente alle relative strutture;
- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascun Centro Amministrativo di cui all'allegato D) rappresenta la base per commisurare il trattamento accessorio da attribuire al personale della Dirigenza e del Comparto afferente alle relative strutture.

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.

2. Analisi del contesto e delle risorse

2.1 Analisi del contesto

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di fornire elementi utili per conoscere il contesto esterno in cui opera l'Azienda Ospedaliera di Terni e per comprendere eventuali mutamenti intercorsi tra la fase di programmazione e la fase di gestione.

CONTESTO SANITARIO

L'Azienda Ospedaliera di Terni è stata istituita con DPCM del 03.03.1994 che ne ha sancito il rilievo nazionale e la missione di alta specialità, inoltre è in atto una 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.

Le attività dell'Azienda hanno come bacino di utenza primario il Distretto Socio-Sanitario di Terni; è inoltre nosocomio di riferimento per i residenti del Distretto di Narni-Amelia per la cura delle patologie non trattate nel locale Presidio.

In quanto Azienda di alta specializzazione è punto di riferimento, oltre che per gli utenti dei Distretti citati, anche per i residenti negli altri Distretti umbri e, soprattutto, per i residenti nelle province laziali di Rieti e Viterbo, il cui afflusso è consistente e consolidato nel tempo.

CONTESTO DEMOGRAFICO

La numerosità della popolazione del Distretto di Terni è di oltre 130.000 unità, mentre il Distretto di Narni-Amelia conta oltre 50.000 abitanti. Come detto l'Azienda Ospedaliera di Terni costituisce un punto di riferimento anche per una quota dei residenti nelle province di Rieti e Viterbo, le quali complessivamente ammontano a circa 470.000 abitanti.

Dal punto di vista della struttura della popolazione la provincia di Terni è caratterizzata da un'età media di 47,65 anni (15° posto sulle 108 province italiane – media Italia 44,91 anni) e da un indice di vecchiaia pari a 237,6 (15° posto sulle 108 province italiane – media Italia 173,1). Si tratta quindi di una popolazione con alti livelli di anzianità con forti ripercussioni sui bisogni di salute sia a livello territoriale che in ambito ospedaliero.

CONTESTO ISTITUZIONALE

L'assetto sanitario della Regione Umbria prevede la presenza di quattro Aziende Sanitarie, due territoriali e due ospedaliere (l'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Azienda Ospedaliera di Terni).

La presente sezione della Relazione annuale sulla performance è dedicata in particolare alla focalizzazione dell'attenzione su eventuali mutamenti del contesto in cui l'amministrazione si è trovata ad operare nel periodo di riferimento.

A tale riguardo l'anno 2019 è stato caratterizzato da un vero e proprio terremoto per la sanità umbra a causa di un'ampia indagine della Magistratura avente come oggetto irregolarità diffuse nella gestione dei concorsi e delle procedure per l'acquisizione di personale, in particolare in riferimento all'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Tale inchiesta, che ha coinvolto le massime cariche istituzionali della Regione Umbria e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, ha avuto pesanti ripercussioni sulla sanità umbra, sia per la destituzione di quanti erano maggiormente coinvolti nelle indagini con difficoltà o impossibilità di sostituzione, sia perché la Regione ha emanato una Deliberazione (n. 604 del 6/5/2019) con la quale intendeva rendere più trasparenti, ma allo stesso tempo molto più elaborate, le procedure concorsuali per il reclutamento del personale.

In tal modo la gestione delle procedure concorsuali diveniva talmente complessa che si è reso necessario attendere la stesura di apposite linee guida su come in pratica attuare quanto prescritto, adottate successivamente con Deliberazione della Giunta Regionale n. 946 del 1/8/2019.

Considerato poi il tempo necessario per lo studio di come applicare correttamente le direttive in relazione alla continuazione delle procedure concorsuali in atto e alla indizione di nuove, il risultato di tali azioni è stato in pratica un blocco prolungato da maggio ad agosto delle assunzioni in tutte le Aziende Sanitarie umbre; poiché nel frattempo, le cessazioni del personale sono continuate secondo la normale frequenza, anzi accentuate dalla riforma del sistema pensionistico (detta quota 100), l'Azienda Ospedaliera di Terni si è trovata in una situazione di estrema emergenza per la carenza di personale sanitario, in particolare riguardante i medici anestesisti e gli infermieri.

Come conseguenza si è reso necessario chiudere delle sezioni di ricovero e ridurre le attività di sala operatoria con ripercussioni sui volumi di attività e sul numero degli interventi chirurgici.

Le variabili in termini di risorse che maggiormente hanno sofferto la situazione descritta sono la numerosità del personale e il numero dei posti letto, il cui andamento è analizzato nel prossimo paragrafo dedicato all'analisi delle risorse.

Altro aspetto che riguarda il contesto istituzionale e che ha certamente influito sulla fluidità delle azioni previste dal ciclo della performance è la inusitata e probabilmente eccezionale mobilità dei componenti della Direzione Aziendale che si sono susseguiti nel corso del 2019: in un solo anno si sono infatti succeduti tre differenti Direttori Generali o Commissari Straordinari, quattro differenti Direttori Sanitari o facenti funzione e quattro diversi Direttori Amministrativi o facenti funzione.

2.2 Analisi delle risorse

Nel presente paragrafo viene fatto un aggiornamento del quadro delle risorse umane e dei posti letto disponibili nell'anno 2019, con menzione di quanto le loro variazioni hanno inciso sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

ANALISI DEL PERSONALE

Per fare un quadro della situazione del personale nell'anno 2019 ci si deve innanzitutto riferire a quanto affermato nella sezione relativa al contesto istituzionale, nella quale si è evidenziato come le gravi problematiche emerse in relazione all'inchiesta sulla sanità umbra e al successivo blocco delle assunzioni abbiano fortemente inciso sulla quantità di personale disponibile.

Tale scarsità è andata poi a determinare delle considerevoli riduzioni dei volumi di attività e del numero di interventi chirurgici.

Nella tabella che segue viene riportato l'andamento della dotazione di personale per qualifica / ruolo nel periodo 2014 – 2019.

Andamento della dotazione di personale per qualifica / ruolo - periodo 2014 / 2019

	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019
MEDICI	379	375	377	379	380	378
ALTRI DIRIGENTI SANITARI	20	21	23	24	22	24
INFERMIERI	798	800	797	790	808	773
TECNICI SANITARI	134	136	139	143	143	137
OSS/OTA e AUSILIARI	147	145	143	151	159	152
RUOLO AMMINISTRATIVO	75	75	72	74	73	68
RUOLO TECNICO	64	71	67	67	68	60
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	2	2	2	3
TOTALE	1.619	1.625	1.620	1.630	1.655	1.595

*** Nel dato relativo al 31/12/2018 e relativo al 31/12/2019 sono compresi anche 17 interinali (12 infermieri e 5 OSS/OTA)

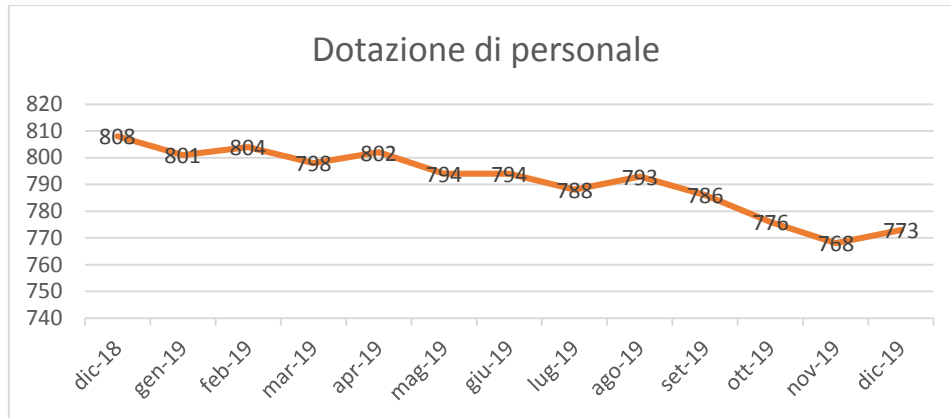
*** Nella dotazione viene compreso anche il personale universitario

*** Fonte dati: Conto Annuale

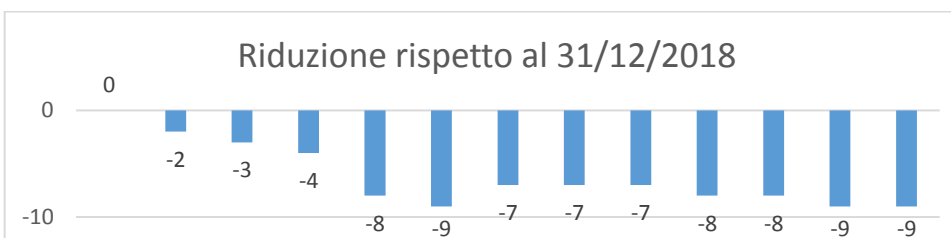
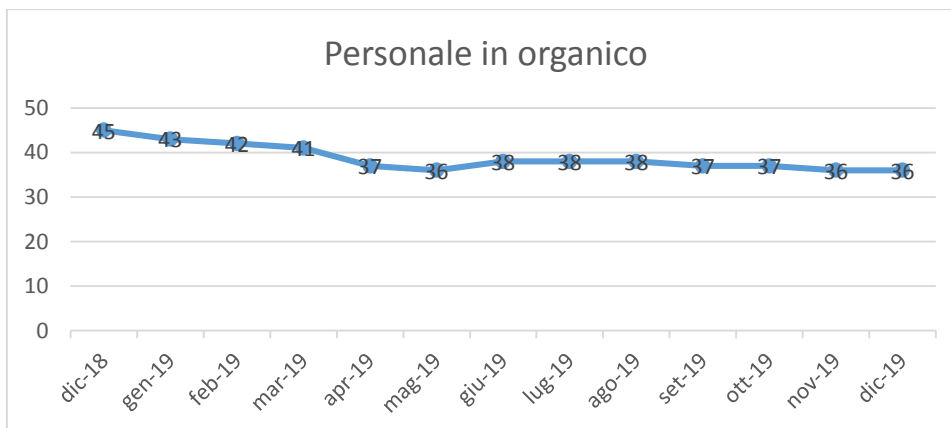
Come si può notare, la numerosità del personale al 31/12/2019 (1.595 unità) è la minore nei sei anni esaminati, con una riduzione di ben 60 unità rispetto alla dotazione al 31/12/2018.

Come accennato nel paragrafo precedente, le maggiori carenze si sono registrate a proposito del personale infermieristico e dei medici anestesisti; i dati della tabella, infatti, indicano una diminuzione di ben 35 unità infermieristiche intercorsa tra il 31/12/2018 e il 31/12/2019. Per chiarire ulteriormente come queste due categorie abbiano particolarmente sofferto la situazione in atto, nei grafici seguenti viene analizzato il trend mensile della dotazione di infermieri e medici anestesisti.

INFERMIERI



MEDICI ANESTESISTI



Altro elemento che è opportuno evidenziare relativamente al 2019 è la perdita di personale nei ruoli amministrativo e tecnico (al netto del personale addetto all'assistenza), che va ad aggravare una situazione di carenza ormai perdurante da alcuni anni.

La natura e l'entità dei volumi di attività che hanno subito una riduzione a causa di quanto descritto è spiegata nel paragrafo relativo alla sintesi dei risultati raggiunti.

ANALISI DEI POSTI LETTO

Al fine di descrivere la dotazione dei posti letto dell'Azienda Ospedaliera di Terni, in primo luogo si riporta la situazione al 31/12/2019 per reparto, eventuale area comune e regime di ricovero.

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO			
		ORDINARI	AREE COMUNI	DIURNI	TOTALE
0701	CARDIOCHIRURGIA	8	27	0	8
0801	CARDIOLOGIA	19		1	20
0909	CHIRURGIA GEN. E SPEC. CHIRURGICHE	24	26	0	24
0911	BREAST UNIT	2		0	2
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	24		0	24
1301	CHIRURGIA TORACICA	5	24	0	5
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	9		0	9
3401	OCULISTICA	2		1	3
3802	CLINICA OTORINO	8		0	8
2101	GERIATRIA	25	26	0	25
2605	ENDOCRINOLOGIA	1		1	2
2401	MALATTIE INFETTIVE	12		3	15
2601	CLINICA MEDICA	26		1	27
2604	MEDICINA D'URGENZA	27		0	27
2604	MEDICINA D'URGENZA	16	24	0	16
2901	NEFROLOGIA	4		1	5
5803	EPATOASTROENTEROLOGIA	4		1	5
2606	MEDICINA INTERNA	25		0	25
3001	NEUROCHIRURGIA	20		1	21
3101	NIDO	20		0	20
3201	NEUROLOGIA	18		1	19
3601	DIVISIONE ORTOPEDICA	22	23	1	23
3603	CHIRURGIA DELLA MANO	1		1	2
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	21		1	22
3901	CLINICA PEDIATRICA	13		1	14
4301	UROLOGIA	5	27	0	5
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	12		0	12
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	4		0	4
3701	DIVISIONE OSTETRICA GINECOLOGICA	6		0	6
4901	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	14		0	14
4902	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	5		0	5
5001	CARDIOLOGIA TERAPIA INTENSIVA	11		0	11
5201	CLINICA DERMATOLOGICA	0		1	1
6001	LUNGODEGENZA	26		0	26
6201	DIVISIONE NEONATOLOGICA	6		0	6
6403	ONCOLOGIA	12		8	20
6802	MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	25		0	25
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4		0	4

CODICE	REPARTO	POSTI LETTO			
		ORDINARI	AREE COMUNI	DIURNI	TOTALE
0802	EMODINAMICA	4	11	0	4
0803	ELETTROFISIOLOGIA	2		0	2
7501	NEURORIABILITAZIONE INTENSIVA	5		0	5
0907	CHIRURGIA GEN. E DEGENZA BREVE	1	5	1	2
0909	CHIRURGIA GEN. E SPEC. CHIRURGICHE	0		1	1
0910	CHIRURGIA GENERALE E DIGESTIVA	0		1	1
0911	BREAST UNIT	0		1	1
1001	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1		1	2
1201	CHIRURGIA PLASTICA	1		0	1
1401	CHIRURGIA VASCOLARE	0		1	1
3802	CLINICA OTORINO	0		1	1
4301	UROLOGIA	0		1	1
4302	CHIRURGIA UROLOGICA MINIINVASIVA	0		1	1
4303	CHIRURGIA UROLOGICA AUG	0		1	1
5801	ENDOSCOPIA OPERATIVA	1		1	2
6601	ONCOEMATOLOGIA	0		1	1
6901	RADIOLOGIA	1		1	2
6902	NEURORADIOLOGIA	0		1	1
100902	INTERO OSPEDALE	502		38	540

Come già detto in precedenza, la documentata sofferenza in termini di dotazione di personale infermieristico ha costretto la Direzione Aziendale a chiudere delle sezioni di ricovero, in particolare sono state interrotte le attività dell'area Week Cardiologica e della sezione Ginecologica con conseguente accorpamento dei reparti interessati in altre aree ospedaliere.

Come risultato si registra una diminuzione dei posti letto in regime ordinario tra il 31/12/2018 e il 31/12/2019 di 37 unità; inoltre il numero medio di posti letto disponibili è passato dai 539 dell'anno 2018 ai 505 del 2019.

Tale riduzione ha determinato un marcato incremento del tasso di occupazione dei posti letto che ha subito una variazione da un valore di 84,6% nel 2018 ad un valore di 90,4% nel 2019, causando situazioni di grave difficoltà nella reperibilità dei posti letto.

3. Sintesi dei principali risultati ottenuti

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

RICOVERI

Il numero dei ricoveri nel 2019 è stato pari a 27.779 unità, di cui 23.129 in regime ordinario e 4.650 in regime diurno.

Le giornate di degenza sono state 166.656 per quanto riguarda i ricoveri ordinari e 12.291 in regime diurno (day hospital / day surgery).

La distribuzione dei pazienti ricoverati secondo il territorio di provenienza indica che sui 27.779 ricoveri effettuati nell'anno 2019, il 74,4% (20.664 casi) risiede nella provincia di Terni, il 6,3% (1.746 casi) risiede nella provincia di Perugia, il 18,8% (5.236 casi) proviene da altre regioni e il rimanente 0,5% (133 casi) riguarda residenti all'estero.

Come si può notare la quota di pazienti residenti in altre regioni è particolarmente elevata; di questi la maggior parte proviene dal Lazio (4.631 casi), per una quota percentuale del 16,7% sul totale dei ricoveri.

Nella tabella seguente viene riportata la distribuzione dei ricoveri effettuati nell'anno 2019 secondo la provenienza dei pazienti e il regime di ricovero.

	Ricoveri ordinari	Ricoveri diurni	TOTALE	%
UsI Umbria 1	600	185	785	2,8
UsI Umbria 2	18.196	3.429	21.625	77,8
Altre regioni	4.217	1.019	5.236	18,8
Esteri	116	17	133	0,5
TOTALE	23.129	4.650	27.779	100,0

Come visto nel paragrafo precedente, il numero dei posti letto medi annuali complessivi è stato pari a 543 unità (505 in regime di degenza e 38 in regime diurno), con un decremento rispetto all'anno precedente di 34 unità relativamente all'attività di degenza e di 5 unità in regime diurno. Per quanto riguarda invece la dotazione dei posti letto effettivi al 31/12/2019 si ha una situazione di 540 unità, dei quali 502 in regime di degenza e 38 in regime diurno.

Il numero dei ricoveri complessivi nell'anno 2019 è diminuito di 134 unità (da 27.913 a 27.779, - 0,5%) rispetto all'anno 2018. Tale riduzione è dovuta al concomitante verificarsi di due fattori: una diminuzione dei ricoveri ordinari (da 23.486 a 23.129, -1,5%), unito ad un aumento del numero di ricoveri diurni (da 4.427 a 4.650, +5,0%). Fino al 2015, grazie al quasi totale abbattimento del ricorso al day hospital di tipo diagnostico e al sempre più frequente ricorso all'attività ambulatoriale per prestazioni mediche di tipo terapeutico o chirurgiche precedentemente erogate in regime di ricovero diurno, il trend dei ricoveri diurni ha manifestato un drastico e continuo calo; dal 2016 si è registrata

un'inversione di tendenza dovuta sia alla più corretta assegnazione in regime diurno dei ricoveri programmati senza pernottamento che alcuni reparti identificavano come degenza ordinaria, che alla trasformazione di alcune linee di attività dalla degenza al ricovero diurno.

La riduzione del numero dei posti letto unita alla stabilità del numero dei ricoveri e soprattutto delle giornate di degenza in regime ordinario ha determinato un drastico aumento del tasso di occupazione dei posti letto (dall'84,6% del 2018 al 90,4% del 2019); il numero di pazienti in regime di degenza presenti in media ogni giorno è rimasto pressoché invariato (456 nel 2018, 457 nel 2019).

Il valore dell'indice relativo alla complessità della casistica trattata è leggermente diminuito (peso medio DRG da 1,19 nel 2018 a 1,18 nell'anno 2019); tale fenomeno è derivato da una grave crisi di reperimento del personale anestesista che ha determinato una riduzione del numero di sedute operatorie, inoltre l'anno 2019 è stato caratterizzato da un lungo periodo di blocco dell'attività concorsuale con conseguente carenza di personale infermieristico che ha determinato la chiusura di alcune sezioni.

Per quanto riguarda l'inappropriatezza della degenza, misurata dall'indice di performance, si è assistito ad un peggioramento (da 101,9 a 103,7); Ciò è dovuto in particolare ad un aumento della durata media della degenza nei reparti di medicina generale, oltre che in alcuni reparti dell'area chirurgica.

Rispetto invece ai ricoveri potenzialmente inappropriati, considerando i 52 DRG a rischio di inappropriatezza indicati dalla Regione Umbria e restringendo la valutazione ai residenti nei territori dei distretti di Terni e Narni-Amelia, si rileva che nell'anno 2019 il dato è in aumento rispetto all'anno precedente (da 3.372 a 3.644 ricoveri, +8,1%).

Scomponendo il dato complessivo del numero dei ricoveri si evidenzia:

- per quanto riguarda l'attività di medio-bassa specialità erogata a pazienti residenti in Umbria si registra un lieve incremento pari a 134 ricoveri (da 20.934 a 21.068, +0,6%); tale aumento è dovuto in particolare ad un incremento della proporzione di attività nell'area medica, classificata per la maggior parte come medio-bassa specialità, a causa della suddetta carenza di personale medico-anestesista che ha determinato un corrispondente calo del numero degli interventi chirurgici;
- esaminando poi l'attività di alta specialità erogata a pazienti residenti in Umbria si rileva un decremento dei ricoveri (1.421 nel 2018, 1.342 nel 2019, -5,6%); tale riduzione, anche in questo caso, è stata causata in buona parte dalla sofferenza nel settore chirurgico spiegata in precedenza; le unità operative che hanno subito un'importante riduzione del numero di sedute operatorie e di conseguenza registrato i maggiori decrementi sono state soprattutto la Neurochirurgia e in minor misura la Chirurgia Digestiva;
- riguardo all'attività erogata a pazienti residenti in altre regioni, si evidenzia che, mentre dal 2013 al 2017 si è registrata una tendenza al costante aumento dell'afflusso di tali pazienti, nel biennio 2018-19 si è avuta una riduzione (da un valore di 5.686 ricoveri nel 2017 a 5.369 ricoveri nel 2019); comunque, malgrado tale decremento, l'Azienda Ospedaliera di Terni rimane nosocomio di riferimento per l'utenza extraregionale, soprattutto per i pazienti provenienti dalle province di Rieti e Viterbo.

Nella tabella seguente sono sintetizzati gli indicatori più rilevanti relativi all'attività di ricovero.

	ANNO 2019		ANNO 2018		Variazione %
	Valori	%	Valori	%	Valori
RICOVERI ORDINARI					
Posti Letto Medi	505		539		-6,3
N. Ricoveri	23.129	100,0	23.486	100,0	-1,5
Entrati e Usciti Stesso Giorno	758	3,3	666	2,8	13,8
1 Giorno	2.223	9,6	2.517	10,7	-11,7
2-7 Giorni	12.866	55,6	13.239	56,4	-2,8
8-14 Giorni	4.581	19,8	4.399	18,7	4,1
Oltre 14 Giorni	2.701	11,7	2.665	11,3	1,4
Medici	13.550	58,6	13.601	57,9	-0,4
Chirurgici	9.579	41,4	9.885	42,1	-3,1
Provincia di Terni	17.440	75,4	17.453	74,3	-0,1
Provincia di Perugia	1.356	5,9	1.497	6,4	-9,4
Provincia di Rieti	1.644	7,1	1.628	6,9	1,0
Provincia di Viterbo	1.621	7,0	1.795	7,6	-9,7
Altre Province	1.068	4,6	1.113	4,7	-4,0
N. Giornate di Degenza dei Dimessi	166.656		166.481		0,1
Degenza Media dei Dimessi	7,2		7,1		1,7
Tasso di Utilizzazione	90,4		84,6		6,9
Intervallo di Turn-Over	0,8		1,3		-40,8
Indice di Rotazione	45,8		43,6		5,1
Presenza Media Giornaliera	456,6		456,1		0,1
Peso Medio dei DRG per Dimesso	1,18		1,19		-1,1
Indice di Performance	103,7		101,9		1,8
DAY HOSPITAL					
Posti Letto Medi	38		43		-11,6
N. Ricoveri	4.650	100,0	4.427	100,0	5,0
Medici	1.617	34,8	1.751	39,6	-7,7
Chirurgici	3.033	65,2	2.676	60,4	13,3
Provincia di Terni	3.224	69,3	3.078	69,5	4,7
Provincia di Perugia	390	8,4	327	7,4	19,3
Provincia di Rieti	468	10,1	418	9,4	12,0
Provincia di Viterbo	359	7,7	404	9,1	-11,1
Altre Province	209	4,5	200	4,5	4,5
N. Giornate di Degenza	12.291		12.063		1,9
Degenza Media	2,6		2,7		-3,0
Tasso di Utilizzazione	107,8		93,5		15,3
Peso Medio dei DRG per Dimesso	0,87		0,84		4,0

SALE OPERATORIE

Gli interventi chirurgici in sala operatoria sono stati nel 2019 20.380.

Riguardo all'attività chirurgica necessita ricordare come la carenza di personale medico anestesista abbia creato forti difficoltà nella possibilità di effettuare la totalità degli interventi chirurgici che l'Azienda Ospedaliera di Terni potrebbe potenzialmente erogare, andando in particolare ad influire sulla quantità di sedute operatorie disponibili.

Nella tabella seguente viene riportato il numero delle procedure chirurgiche effettuate nell'anno 2019 da ciascun reparto.

	2019	2018	DIFF.	DIFF.%
CLIN.DERMATOLOGICA	205	214	-9	-4,2
NEFROLOGIA	0	1	-1	-100,0
CHIR.GEN.DEG.BREVE	819	632	187	29,6
CHIR.GEN.SPEC.CHIR	1.561	1.533	28	1,8
UROLOGIA	259	331	-72	-21,8
CHIR.UROL.MINIINV.	455	481	-26	-5,4
CHIR.UROL.AUG	277	222	55	24,8
DIV.ORTOPEDICA	1.241	1.250	-9	-0,7
CHIR.MANO	998	885	113	12,8
CHIR.PLASTICA	247	229	18	7,9
OCULISTICA	3.636	3.762	-126	-3,3
CLINICA OTORINO	913	995	-82	-8,2
CHIR.MAX.FACC.	271	226	45	19,9
NEUROCHIRURGIA	683	803	-120	-14,9
CARDIOCHIRURGIA	279	270	9	3,3
ARITMOLOGIA CARD.	520	493	27	5,5
EMODINAMICA	1.592	1.138	454	39,9
CHIR.TORACICA	215	201	14	7,0
CHIR.VASCOLARE	447	421	26	6,2
DIV.OST.GINECOL.	1.106	1.080	26	2,4
IVG	78	103	-25	-24,3
END.OPERATIVA	279	220	59	26,8
EPATOGASTROENT.	20	21	-1	-4,8
CHIR.DIGESTIVA	943	1.071	-128	-12,0
AN.RIANIMAZ.	23	32	-9	-28,1
ONCOEMATOLOGIA	356	374	-18	-4,8
NEURORADIOLOGIA	0	404	-404	-100,0
RADIOLOGIA	2.957	2.474	483	19,5
TOTALE	20.380	19.866	514	2,6

PRONTO SOCCORSO

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2019 è stato di poco meno di 45.000 unità, dei quali oltre 12.000 sono stati seguiti da ricovero; il numero dei pazienti residenti in altre regioni è stato di oltre 6.000.

Riguardo alla gravità del codice Triage, i più numerosi sono stati i codici verdi (quasi 26.000 – 58,0% del totale), seguiti dai codici gialli.

	2019	2018	DIFF.	DIFF. %
N. Accessi	44.833	44.442	391	0,9
di cui in OBI	3.039	3.205	-166	-5,2
di cui ricoverati	12.213	11.651	562	4,8
di cui extraregionali	6.176	5.965	211	3,5

Codice TRIAGE	2019	%
Bianco	4.840	10,8
Verde	25.995	58,0
Giallo	12.366	27,6
Rosso	1.632	3,6

Andando infine a valutare il carico medio giornaliero di pazienti che accedono al pronto soccorso, dai dati precedenti si evince che in media ogni giorno ricorrono alle prestazioni di pronto soccorso 123 pazienti (13 codici bianchi, 72 codici verdi, 34 codici gialli, 4 codici rossi).

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nell'Azienda Ospedaliera di Terni nel 2019 sono state erogate 2,3 mln. di prestazioni specialistiche ambulatoriali, delle quali 1,65 mln. di diagnostica di laboratorio.

Il numero di prestazioni ambulatoriali per esterni è aumentato di 100.938 unità (2.228.874 nel 2018, 2.329.812 nel 2019, +4,5%).

Rispetto al valore dell'attività erogata si ha un notevole incremento nel biennio pari a 2,3 milioni di euro (da 33,8 mln nel 2018 a 36,1 mln nel 2019); a tale proposito va sottolineato che il servizio che ha registrato l'incremento nettamente più considerevole è stato la radioterapia, che ha beneficiato di un rinnovo del parco attrezzature, (+1,9 mln. di euro), seguito dalla radiologia (+0,3 mln. di euro), dal laboratorio analisi (+0,2 mln. di euro) e dall'istituto di anatomia patologica (+0,1 mln. di euro), per citare i servizi con un aumento superiore ai 100 mila euro.

I reparti o servizi che producono i maggiori volumi di attività sono la radioterapia (8,0 mln. di euro), il laboratorio analisi (6,5 mln.), la nefrologia e dialisi (3,4 mln.), la radiologia (3,2 mln. di euro), l'oculistica (2,8 mln.) e la medicina nucleare (2,0 mln. di euro).

La tabella che segue fornisce le informazioni dettagliate sul numero di prestazioni per reparto / specialità.

	2019	2018	DIFF.	DIFF. %
NUMERO PRESTAZIONI				
Oculistica	15.461	15.940	-479	-3,0
Endoscopia Operativa	7.993	8.766	-773	-8,8
Endocrinologia	9.976	11.404	-1.428	-12,5
Diabetologia	18.305	15.846	2.459	15,5
Dermatologia	9.152	10.251	-1.099	-10,7
Oncologia / Oncoematologia	70.523	66.416	4.107	6,2
Ostetricia e Ginecologia	9.625	10.037	-412	-4,1
Neurofisiopatologia	18.521	17.071	1.450	8,5
Cardiologia	10.069	10.739	-670	-6,2
Diagnostica per Immagini	47.274	44.519	2.755	6,2
Diagnostica di Laboratorio	1.659.916	1.589.357	70.559	4,4
Medicina Nucleare	6.499	6.398	101	1,6
Radioterapia	61.784	49.452	12.332	24,9
Anatomia Patologica	10.016	9.564	452	4,7
Nefrologia e Dialisi	30.555	25.595	4.960	19,4
Pronto Soccorso	261.007	262.533	-1.526	-0,6
Altri reparti / servizi	83.136	74.986	8.150	10,9
TOTALE	2.329.812	2.228.874	100.938	4,5

VOLUME FINANZIARIO ATTIVITA'

Nella tabella che segue è indicato il trend dei volumi finanziari di attività (€) prodotti dall'Azienda Ospedaliera di Terni dal 2014 al 2019, misurati mediante gli attuali tariffari vigenti dell'attività di ricovero e di quella specialistica ambulatoriale.

Come si può notare, nell'anno 2019 grazie al notevole incremento dell'attività specialistica ambulatoriale si è quasi raggiunto il volume più elevato del periodo considerato, registratosi nel 2017.

Dalla tabella risultano chiaramente due trend discordanti: quello dei ricoveri in progressiva diminuzione e quello dell'attività specialistica in rapido aumento.

Indicatore	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	55.346.552	55.200.524	55.108.384	55.087.990	54.672.002	54.859.429
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	21.801.289	21.322.652	21.549.905	23.075.179	22.130.666	20.254.779
Volume attività di ricovero extraregionale	20.959.378	20.815.529	21.148.798	20.808.661	19.330.099	18.857.365
Totale Volume Attività di Ricovero	98.107.219	97.338.705	97.807.087	98.971.830	96.132.767	93.971.573
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	26.778.128	25.305.656	25.508.765	27.380.058	29.827.823	31.723.547
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.372.844	3.747.335	3.442.715	3.905.049	4.013.097	4.400.861
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale	30.150.972	29.052.991	28.951.480	31.285.107	33.840.920	36.124.408
Totale Volume Attività	128.258.191	126.391.696	126.758.567	130.256.937	129.973.687	130.095.981

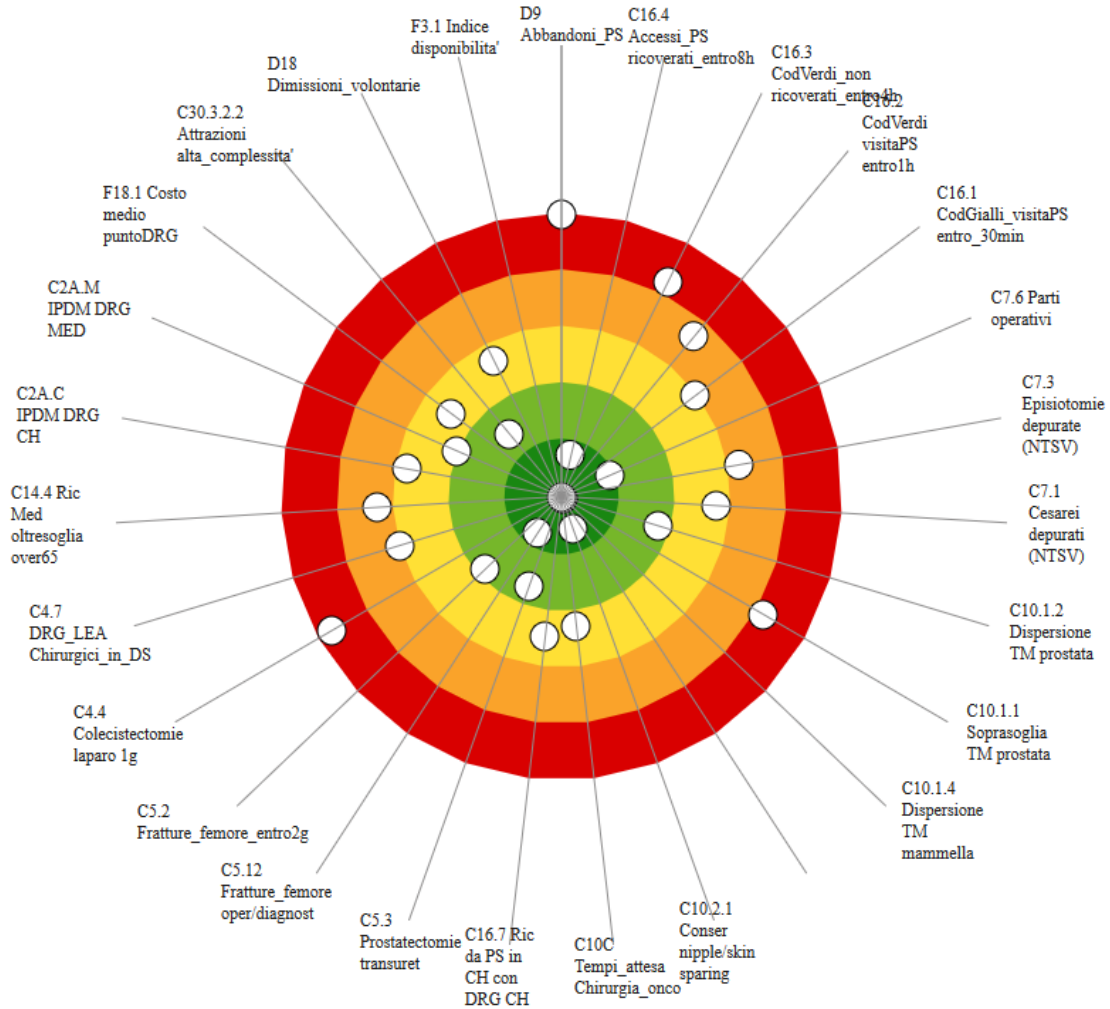
IL NETWORK REGIONI (PROGETTO BERSAGLIO)

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 San'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 relativo ai dati dell'Azienda Ospedaliera di Terni dell'anno 2018 (ultimo report attualmente disponibile), si può notare che il settore più critico riguarda il Pronto Soccorso.



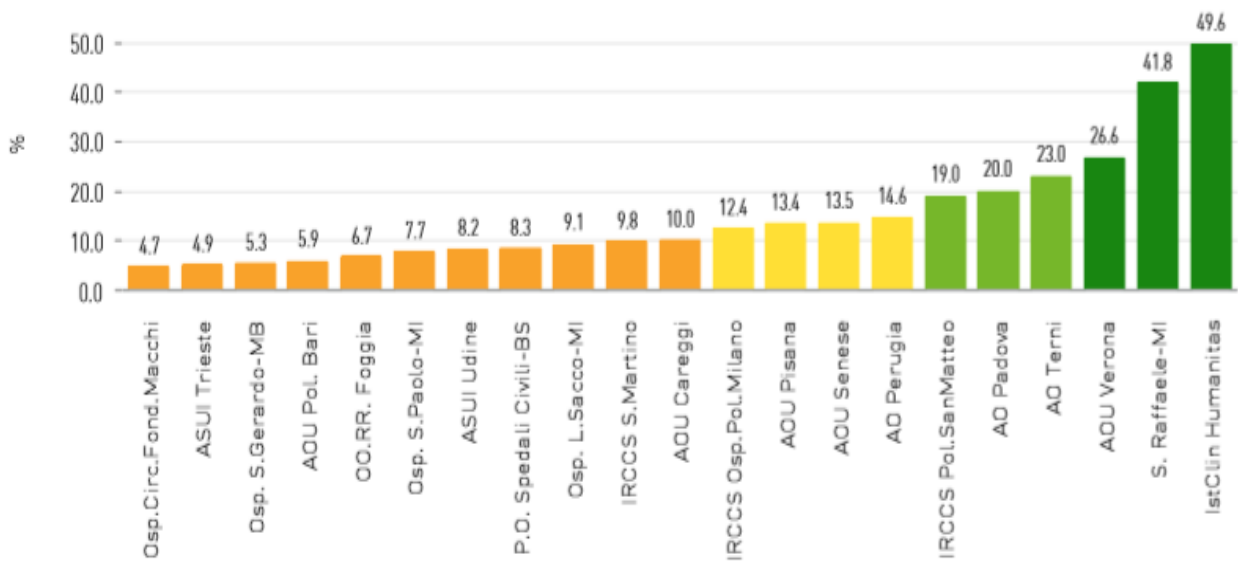
ATTRAZIONE EXTRA-REGIONALE – DRG ALTA COMPLESSITA'

Nell'ambito dei Sistemi Sanitari Regionali, le Aziende Ospedaliere Universitarie sono identificate come centri di riferimento per l'alta complessità.

La capacità di attrarre utenti dalle altre regioni è il segno della presenza di servizi regionali di eccellenza e di qualità, riconosciuti a livello nazionale.

Questo indicatore, in particolare, misura la capacità delle Aziende Ospedaliere di essere attrattive per le attività di alta complessità; esso si focalizza dunque su tale attività e ne misura a livello aziendale la quota di ricoveri erogata per pazienti provenienti da altre regioni.

Relativamente all'ultimo Report del network Regioni (riferito all'anno 2018), l'AO di Terni si colloca al quarto posto del ranking dopo tre strutture di rilievo nazionale come l'Humanitas, il San Raffaele e l'A.O. di Verona:



4. Misurazione e valutazione della performance di struttura

4.1 Risultati relativi agli obiettivi aziendali

I principali obiettivi aziendali, che poi sono declinati a seconda delle specifiche competenze ai centri di responsabilità dell'area sanitaria nell'ambito del processo di budget, sono rappresentati in un cruscotto direzionale composto da quattro schede:

- Scheda 1 – Budget economico (volumi di attività, costi dei beni sanitari e indicatore di efficienza dell'utilizzo dei beni sanitari)
- Scheda 2 – Indicatori aziendali di performance (complessità della casistica, inappropriatezza di ricoveri e degenze, indicatori di efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie)
- Scheda 3 – Indicatori MES (consorzio Management e Sanità, elaborati dell'Istituto Sant'Anna di Pisa, indicatori considerati nella costruzione del bersaglio)
- Scheda 4 – Indicatori AgeNaS PNE (elaborati dall'Agenzia Nazionale Sanità ai fini del Piano Nazionale Esiti, indicatori di outcome)

Di seguito si riportano i risultati conseguiti nell'anno 2019 relativamente a ciascuna delle quattro schede.

SCHEDA 1: BUDGET ECONOMICO

1a) VALORE ATTIVITA'

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2017</i>	<i>Risultati 2018</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Obiettivo 2019</i>	
Volume attività di ricovero medio-bassa specialità regionale	55.087.990	54.672.002	54.859.429	54.672.002	
Volume attività di ricovero alta specialità regionale	23.075.179	22.130.666	20.254.779	22.130.666	
Volume attività di ricovero extraregionale	20.808.661	19.330.099	18.857.365	19.330.099	
Totale Volume Attività di Ricovero	98.971.830	96.132.767	93.971.573	96.132.767	
Volume attività specialistica ambulatoriale medio-bassa specialità regionale	27.380.058	29.827.823	31.723.547	29.827.823	
Volume attività specialistica ambulatoriale extraregionale	3.905.049	4.013.097	4.400.861	4.013.097	
Totale Volume Attività Specialistica Ambulatoriale	31.285.107	33.840.920	36.124.408	33.840.920	
Totale Volume Attività	130.256.937	129.973.687	130.095.981	129.973.687	

1b) COSTI

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2017</i>	<i>Risultati 2018</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Obiettivo 2019</i>	
COSTI BENI SANITARI					
Consumo beni sanitari reparto / servizio	18.013.498	18.801.660	19.205.756	18.801.660	
Consumo beni sanitari sala operatoria	20.739.851	21.454.188	21.623.707	21.454.188	
Totale Costi Beni Sanitari al netto del file F	38.753.349	40.255.848	40.829.463	40.255.848	
Consumo farmaci File F	10.249.359	10.829.567	12.427.497	14.428.000	
Totale Costi Beni Sanitari	49.002.708	51.085.415	53.256.960	54.683.848	

1c) EFFICIENZA

<i>Indicatore</i>	<i>Risultati 2017</i>	<i>Risultati 2018</i>	<i>Risultati 2019</i>	<i>Obiettivo 2019</i>	
Costo beni sanitari per euro di attività	0,2975	0,3097	0,3138	0,3097	

Per quanto riguarda i volumi di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale ad inizio anno si era posto come obiettivo il mantenimento dei valori ottenuti nel 2018.

I risultati denotano una diminuzione dell'attività di ricovero nei settori soprattutto dell'alta specialità regionale e in minor misura dell'attività per pazienti provenienti da altre regioni, appena controbilanciata da un lieve incremento dei ricoveri di medio-bassa specialità regionali.

In aumento oltre ogni previsione i volumi di attività specialistica ambulatoriale.

In definitiva rispetto al valore dell'attività complessiva l'obiettivo è stato conseguito, avendo raggiunto un valore delle prestazioni erogate superiore all'anno precedente.

I costi dei beni sanitari (in particolare quelli al netto dei farmaci ricompresi nel File F) sono aumentati in confronto al 2018; solo in parte tale incremento è giustificato dall'aumento del valore dell'attività complessiva, infatti l'indicatore di efficienza, calcolato come costo dei beni sanitari per ogni euro di attività prodotta, è leggermente peggiorato.

SCHEDA 2: INDICATORI AZIENDALI DI PERFORMANCE

Indicatore	Risultati 2017	Risultati 2018	Risultati 2019	Obiettivo 2019	
Incremento complessità della casistica - peso medio DRG	1,18	1,19	1,18	1,19	
% pazienti ricoverati dal pronto soccorso sul totale degli accessi	29,0	26,2	27,2	25,5	
Inappropriatezza della degenza - indice di performance	99,1	101,9	103,7	99,1	
N° ricoveri ordinari programmati potenzialmente inappropriati (Elenco 21 DRG monitorati dal Ministero)	1.257	1.172	1.265	1.172	
Dimissioni 7gg - % dimessi domenica	5,8	5,2	5,1	5,8	
N° interventi chirurgici sala operatoria	18.370	18.235	18.268	18.370	
orario medio ingresso blocco (PIASTRA)	7:53	7:52	7:49	8:00	
orario medio ingresso sala (PIASTRA)	8:31	8:30	8:30	8:30	
orario medio inizio intervento (PIASTRA)	9:06	9:05	9:03	9:00	
orario medio ingresso blocco (II PIANO)	7:56	8:04	8:05	8:00	
orario medio ingresso sala (II PIANO)	8:36	8:31	8:29	8:30	
orario medio inizio intervento (II PIANO)	8:49	8:43	8:40	9:00	
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (PIASTRA)	83,1	87,6	88,9	85,0	
% utilizzo sala operatoria escluso turn over (PIASTRA)	69,2	72,6	74,2	75,0	
% utilizzo sala operatoria incluso turn over (II PIANO)	87,5	85,8	87,3	85,0	
% utilizzo sala operatoria escluso turn over (II PIANO)	73,7	70,1	71,9	75,0	

Riguardo agli indicatori aziendali di performance prescelti come obiettivi aziendali, dalla tabella si evince che le aree più positive comprendono l'efficienza nell'utilizzo delle sale operatorie, sia in termini di gestione degli orari che di copertura operativa delle sedute assegnate.

Al contrario gli obiettivi falliti riguardano in particolare il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati, la percentuale di pazienti ricoverati dal Pronto Soccorso sul totale degli accessi e l'inappropriatezza della degenza.

SCHEDA 3: INDICATORI MES

Definizione	Risultati 2017	Risultati 2018	Risultati 2019	Obiettivo 2019	
degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati	0,90	0,88	0,91	1,15	■
% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	4,03	3,62	15,57	55,00	■
% ricoveri in Day-Surgery	53,09	56,83	59,46	65,00	■
% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	62,42	69,72	59,16	67,00	■
% Prostatectomia transuretrale	87,38	88,07	88,62	85,00	■
% parti cesarei depurati	18,86	21,54	19,12	20,00	■
% episiotomia depurata	36,59	30,14	27,03	25,00	■
% parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	4,00	2,35	1,99	5,00	■
% interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	91,24	87,85	93,65	75,00	■
tempi di attesa per la chirurgia oncologica	34,29	33,23	45,16	30,00	■
% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	3,62	4,23	4,81	3,00	■
PS - % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	65,63	69,91	63,84	80,00	■
PS - % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	60,85	60,68	59,66	80,00	■
PS - % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	73,62	70,63	66,93	85,00	■
PS - % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	97,36	94,37	91,60	90,00	■
PS - % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	60,08	61,66	64,96	65,00	■
% ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella	98,97	98,35	98,42	80,00	■
% ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	60,20	61,76	56,76	80,00	■
% attrazione extra regione - DRG alta complessità	25,06	22,92	23,57	18,81	■
PS - % di abbandoni dal Pronto Soccorso	6,13	6,85	7,86	2,50	■
% dimissioni volontarie	1,22	1,06	1,17	0,70	■

Tra gli indicatori del MES, quelli che si mantengono nelle aree di eccellenza sono il numero di giornate di degenza preoperatoria per ricoveri programmati e l'esecuzione secondo le metodologie più appropriate di particolari procedure chirurgiche quali gli interventi conservativi-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno e le prostatectomie transuretrali.

Ugualmente nell'area positiva si situa la percentuale di parti cesarei.

Nelle aree di criticità si trovano una serie di indicatori relativi al Pronto Soccorso, anche se in verità analizzando i report corrispondenti divulgati dal MES tale situazione è comune a molte Aziende Ospedaliere, e i tempi di attesa per chirurgia oncologica.

SCHEDA 4: INDICATORI AGENAS PNE

Definizione	Risultati 2017	Risultati 2018	Risultati 2019	Obiettivo 2019	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,5	3,1	6,3	8,0	
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	59,3	65,4	61,3	45,0	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	6,4	7,5	7,5	9,0	
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	0,0	1,4	1,1	1,5	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	3,8	3,7	0,0	1,5	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	3,9	0,0	0,0	1,0	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	7,4	11,0	9,7	10,0	
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,0	2,3	2,6	1,5	
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	4,5	5,4	3,5	7,0	
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	74,5	81,1	79,0	70,0	
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	99,7	100,0	89,9	80,0	
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,5	98,3	97,9	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	3,1	0,5	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	12,9	7,9	2,8	4,0	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	6,3	3,8	3,8	3,0	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	21,0	23,3	23,4	25,0	
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,2	0,1	0,1	0,2	
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,1	0,6	0,6	0,3	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	59,0	69,8	54,1	60,0	
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3,1	3,2	3,1	4,0	

Con il Decreto 21 giugno 2016 il Ministero della Salute ha inteso costruire un sistema oggettivo di monitoraggio delle Aziende Ospedaliere in grado di individuare le situazioni di criticità relative sia agli esiti delle cure che alla inefficienza gestionale, prevedendo per le Aziende ritenute inadempienti un percorso triennale di rientro.

Secondo tale Decreto un'Azienda Ospedaliera per essere ritenuta inadempiente in termini di volumi, qualità ed esiti delle cure deve avere un numero di categorie di indicatori collocati nelle fasce

critiche arancione o rossa tali che cadano nella fascia rossa almeno il 15% dei ricoveri o nella fascia arancione almeno il 33% dei ricoveri.

Gli indicatori prescelti sono quelli riportati nella Scheda 4.

Come si evince dai dati riportati l'Azienda Ospedaliera di Terni, rispetto ai parametri del Ministero, nel 2019 è da considerarsi totalmente adempiente.

Per concludere la sezione della presente Relazione dedicata ai risultati relativi agli obiettivi aziendali è opportuno aggiungere due elementi di natura contabile.

Il primo riguarda il raggiungimento del pareggio di Bilancio, così come risulta dai dati del CE Consuntivo 2019.

VOCE MODELLO CE	Anno 2019	Anno 2018
A) Valore della produzione		
A.1) Contributi in c/esercizio	52.147.719,79	49.901.677,39
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.600.000,00	-2.450.000,00
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	517.372,20	225.964,08
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	137.928.933,44	139.275.095,12
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	2.252.545,89	1.003.264,25
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.123.671,31	2.963.292,38
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.350.603,08	4.382.490,75
A.9) Altri ricavi e proventi	321.102,72	246.520,90
Totale valore della produzione (A)	199.041.948,43	195.548.304,87
B) Costi della produzione		
B.1) Acquisti di beni	53.529.238,87	51.704.945,78
<i>B.1.A) Acquisti di beni sanitari</i>	<i>52.771.771,11</i>	<i>50.973.892,37</i>
<i>B.1.B) Acquisti di beni non sanitari</i>	<i>757.467,76</i>	<i>731.053,41</i>
B.2) Acquisti di servizi	34.343.904,28	33.790.729,13
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	7.841.815,62	7.299.128,95
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	26.502.088,66	26.491.600,18
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	7.733.182,25	7.393.939,34
B.4) Godimento di beni di terzi	2.954.955,57	2.978.903,84
<u>Totale Costo del personale</u>	86.864.810,18	86.144.258,86
B.9) Oneri diversi di gestione	771.120,83	1.042.566,38
<u>Totale Ammortamenti</u>	4.860.059,97	4.886.209,25
B.14) Accantonamenti dell'esercizio	4.842.220,61	4.636.024,47
Totale costi della produzione (B)	195.995.178,25	192.299.589,23

C) Proventi e oneri finanziari		
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-11.914,68	-18.967,59
E) Proventi e oneri straordinari		
E.1) Proventi straordinari	3.397.745,66	3.236.795,38
E.2) Oneri straordinari	321.476,39	427.694,04
Totale proventi e oneri straordinari (E)	3.076.269,27	2.809.101,34
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.111.124,77	6.038.849,39
Imposte e tasse		
Totale imposte e tasse	6.103.349,77	6.024.073,24
RISULTATO DI ESERCIZIO	7.775,00	14.776,15

Il secondo elemento di natura contabile si riferisce al già citato Decreto 21 giugno 2016, relativamente ai criteri di monitoraggio dell'inefficienza gestionale delle Aziende Ospedaliere, secondo cui un'Azienda Ospedaliera per essere ritenuta inefficiente dal punto di vista gestionale deve avere uno scostamento tra costi e ricavi superiore a 7 milioni di euro o pari al 7%.

Secondo il CE Consuntivo la situazione dell'AO di Terni nell'anno 2019 vede uno scostamento positivo in termini di ricavi pari a oltre 11,5 milioni di euro, per cui per essere ritenuta inefficiente dovrebbero risultare costi superiori al risultato effettivo per oltre 18 milioni di euro.

Per valutare pienamente la bontà dell'obiettivo raggiunto, si consideri che più di 20 aziende ospedaliere italiane su 108 sono rientrate nei parametri dell'inefficienza così concepita.

4.2 Risultati relativi alla performance delle singole unità organizzative

Prima di analizzare la performance delle singole unità organizzative, è opportuno riportare il Piano dei Centri di Budget, suddiviso nelle 4 categorie menzionate nel capitolo relativo alla descrizione del Processo di Pianificazione e Controllo Aziendale (Pi.Co.)

- CENTRI DI ATTIVITA' DIRIGENZA SANITARIA

COD.	DESCRIZIONE
01	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
0101	S.C. Clinica medica generale e terapia medica
0102	S.S.D. Geriatria
0103	S.C. Endocrinologia e DH medico
0106	S.S.D. Malattie apparato respiratorio
0107	S.C. Clinica delle malattie infettive
0108	S.C. Nefrologia e dialisi
0109	S.C. Clinica dermatologica
0110	S.C. Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
0113	S.C. Medicina interna
0114	S.S.D. Lungodegenza
0115	S.C. Gastroenterologia epatologica
0116	S.S.D. Endoscopia Digestiva

02	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
0201	S.C. Chirurgia generale e specialità chirurgiche
0204	S.C. Chirurgia generale / chirurgia breve ed ambulatoriale
0207	S.C. Urologia
0208	S.C. Chirurgia urologica mininvasiva
0209	S.C. Ortopedia e traumatologia
0210	S.C. Chirurgia della mano e microchirurgia collegata
0211	S.S.D. Chirurgia plastica e ricostruttiva
0212	S.C. Clinica Urologica Andrologica e Uroginecologica
03	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
0301	S.C. Oculistica
0302	S.C. Clinica otorinolaringoiatrica e patologia cervico-facciale
0303	S.C. Chirurgia maxillo-facciale
04	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
0401	S.C. Neurochirurgia
0402	S.C. Neurologia
0403	S.S.D. Neuroriabilitazione (UGCA) e medicina fisica
0404	S.S.D. Neurofisiopatologia
05	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
0501	S.C. Cardiochirurgia
0502	S.C. Cardiologia
0503	S.S.D. Emodinamica
0504	S.S.D. Elettrofisiologia
0505	S.S.D. Terapia Intensiva cardiologica (UTIC)
0506	S.S.D. Cardioanestesia (T.I.P.O.)
0507	S.S.D. Chirurgia toracica
0508	S.C. Chirurgia vascolare
06	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
0601	S.C. Ostetricia e ginecologia
0602	S.C. Clinica pediatrica
0603	S.C. Neonatologia e patologia neonatale - T.I.N.
07	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
0701	S.C. Anestesia e rianimazione
0702	S.C. Pronto soccorso
0704	S.S.D. Medicina d'urgenza
0705	S.C. Chirurgia digestiva e d'urgenza
08	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE
0801	S.C. Immunoematologia e trasfusionale
0802	S.C. Laboratorio analisi
09	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA
0901	S.C. Radiologia
0902	S.C. Neuroradiologia e R.M.N.
0903	S.C. Medicina nucleare
11	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
1101	S.C. Oncologia medica
1102	S.C. Radioterapia
1103	S.C. Istituto di anatomia patologica
1104	S.C. Oncoematologia

- CENTRI DI ATTIVITA' COMPARTO SANITARIO

COD.	DESCRIZIONE
1	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITA' MEDICHE
	Clinica delle malattie infettive / Nefrologia degenza
	Clinica medica
	Dermatologia
	Diabetologia, dietologia e nutrizione clinica
	Endocrinologia
	Epatogastroenterologia servizio
	Geriatria
	Lungodegenza
	Malattie apparato respiratorio
	Medicina interna (piano terra)
	Nefrologia ambulatoriale / Dialisi
2	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE
	Polo urologico day week (degenze)
	Polo urologico degenze e litotrossia
	Ortopedia e traumatologia / Chirurgia della mano
	DH e PS ortopedico
	Chirurgia generale e specialità chirurgiche
	Chirurgia generale e Degenza breve
3	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA TESTA COLLO E DEI TESSUTI MOLLI
	DH Oculistico
	A.I. Dip. Testa collo e Chirurgia Toracica e Vascolare
	Ambulatori di Chirurgia Vascolare e Endoscopia Toracica
4	DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
	Neurologia e Stroke Unit
	Neurochirurgia degenza
	Riabilitazione servizio

	Neurofisiopatologia
	Neuroriabilitazione U.G.C.A.
5	DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE
	Area Cardiologica reparto
	Area Cardiologica week-hospital
	Emodinamica, Cardiologia interventistica e Servizi Amb. Cardiologici
	Terapia Intensiva cardiologica (UTIC) + Cardioanestesia (T.I.P.O.)
6	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
	Ginecologia degenza
	Ostetricia Rooming-in
	Sala parto (infermieri)
	Sala parto (ostetriche)
	Pediatria
	Neonatologia e T.I.N.
7	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
	Anestesia e rianimazione
	Pronto Soccorso
	Medicina d'urgenza
	Area Medica + Nefrologia degenza + Epatogastroenterologia degenza
	Chirurgia digestiva e unità del fegato
	Endoscopia operativa
8	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E IMMUNOTRASFUSIONALE
	Immunoematologia e TrASFusionale (tecnici)
	Immunoematologia e TrASFusionale (infermieri)
	Laboratorio Analisi
9	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGIA TERAPEUTICA ED INTERVENTISTICA
	Radiologia (Tecnici)
	Angiografia (Infermieri)
	RMN (Tecnici)
	Angiografia e Neuroangiografia (Tecnici)

	Medicina Nucleare
	TAC/RMN (Infermieri)
11	DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA
	Oncologia Degenza
	Oncologia DH
	Radioterapia oncologica
	Oncoematologia
	Radioprotezione
	Anatomia patologica
	SALE OPERATORIE
	Gruppo operatorio Piastra Nuova
	Gruppo operatorio II piano; S.O. Oculistica; S.O. Poliambulatori
	CENTRI SANITARI DI SUPPORTO
	Servizio prevenzione e protezione
	Archivio cartelle cliniche
	Centro salute donna
	Poliambulatori

- **CENTRI SANITARI DI SUPPORTO**

COD.	DESCRIZIONE
	S.C. Formazione-Qualità-Comunicazione
	Servizio Prevenzione e Protezione
	S.I.T.R.O. Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico
	Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
	S.C. Farmacia Interna
	S.C. Psicologia
	S.C. Medicina Legale
	S.S.D. Medicina del Lavoro
	S.S.D. Rischio Clinico
	P.O. CUP e Libera Professione Intramuraria

- CENTRI AMMINISTRATIVI

COD.	DESCRIZIONE
	Struttura Complessa Tecnico Patrimoniale
	Struttura Complessa Economato e Servizi Alberghieri
	P.O. Ufficio Affari Generali e Legali
	P.O. Affari Legali
	Struttura Complessa Risorse Umane
	Struttura Complessa Economico Finanziaria
	P.O. Controllo di Gestione
	Struttura Semplice Acquisizione Beni e Servizi
	P.O. Segreteria Direzionale e Protocollo

Le schede dei risultati del processo di budget delle singole unità organizzative sono riportate negli Allegati così come segue:

- Allegato A – Centri di Attività Dirigenza Sanitaria
- Allegato B – Centri di Attività Comparto Sanitario
- Allegato C - Centri Sanitari di Supporto
- Allegato D - Centri Amministrativi

4.3 Risultati relativi alla performance di struttura complessiva

Le schede dei risultati complessivi, con i relativi punteggi degli obiettivi assegnati e la percentuale di raggiungimento degli stessi, sono riportate negli Allegati secondo l'ordine indicato di seguito:

- Allegato E – Centri di Attività Dirigenza Sanitaria
- Allegato F – Centri di Attività Comparto Sanitario
- Allegato G - Centri Sanitari di Supporto
- Allegato H - Centri Amministrativi

5. Misurazione e valutazione della performance individuale

Il processo annuale di valutazione della performance riguarda tutto il personale delle diverse aree della Dirigenza e del Comparto dell'Azienda e di quello Universitario e convenzionato, così come da specifici accordi presi tra l'Azienda ospedaliera e l'ente di provenienza del personale di che trattasi ed è disciplinato nello specifico dal "Regolamento del Sistema della Performance" adottato con l'atto deliberativo n. 959 del 18/10/2018, al quale si rimanda integralmente.

La valutazione in Azienda è considerata quale fattore determinante per garantire percorsi di sviluppo e di valorizzazione dei singoli professionisti e pertanto è finalizzata ad esprimere un giudizio complessivo, formulato sulla base di elementi, in parte, correlati al risultato, in parte, collegati a valutazioni di carattere gestionale e/o professionale.

I due livelli di valutazione, nelle sue componenti di performance organizzativa e di quella individuale, sono collegati tra loro e riguardano rispettivamente la valutazione e la valorizzazione del grado di raggiungimento degli obiettivi dei dipartimenti e delle strutture complesse ("valutazione della performance organizzativa") e degli obiettivi individuali del personale ("valutazione della performance individuale") rispetto

- la qualità dell'esercizio del ruolo;
- le dimostrate competenze professionali specifiche del profilo;
- e nell'ambito della performance organizzativa, il contributo quali-quantitativo assicurato:
 - agli specifici obiettivi di gruppo;
 - al raggiungimento della performance della struttura di appartenenza.

La rilevazione della performance organizzativa è strettamente connessa al sistema di Budgeting aziendale per Centri di Responsabilità e di Costo di cui tiene conto, così come riportato dal Comitato di Budget nei documenti relativi ai risultati definitivi per l'anno 2019 - nota prot. n.55838 del 29/09/2020.

La rilevazione della performance individuale per l'anno 2019 è stata avviata per tutte le professionalità appartenenti alle diverse aree contrattuali e ruoli il 6 maggio 2020.

In particolare per l'area di comparto sanitaria così come previsto dalla regolamentazione vigente e dal Piano Performance aziendale, la valutazione è stata effettuata anche attraverso una rilevazione periodica attraverso la valorizzazione delle schede di valutazione in itinere e poi allegate a quelle definitive redatte in occasione dell'avvio sopra riportato.

Allo stato attuale risulta solo n.1 scheda contestata che dovrà essere esaminata in seconda istanza dall'OIV secondo la procedura regolamentata nel relativo Regolamento della Performance.

Attraverso la valorizzazione della performance individuale il personale dirigente e del Comparto accede al sistema di premialità individuale secondo i meccanismi puntualmente descritti nel Regolamento del Sistema della Performance.

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 indicati nel sistema di Budget per la Dirigenza e nelle relative schede di valutazione - sezione di performance organizzativa per il Comparto. In merito alla metodologia utilizzata, in considerazione delle convalide espresse dal NVA e delle modifiche apportate in sede di accoglimento

da parte della Direzione Aziendale, così come condivise con le parti sindacali, sono entrate a regime nel corso del 2019 le novità introdotte con il Regolamento Performance. Per l'anno in esame, sulla base della nota del Tavolo Strategico aziendale "Risultati definitivi Budget 2019 - Performance di Struttura", si è preso atto delle percentuali di raggiungimento delle Performance di struttura utili per la determinazione degli incentivi da performance organizzativa spettanti al personale.

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 quanto concordato in sede sindacale e riportato ai capitoli n. 3 ,4 e 5 del Regolamento della Performance.

Di seguito sono riportati in allegato i report riepilogativi degli esiti delle valutazioni individuali anno 2019 e la distribuzione del personale rispetto alla correlata valorizzazione delle performance di struttura.

Valutazione 2019: Risultati e andamenti Performance complessiva Dirigenza Medica

Dirigenti medici t.ind. e det. Corso anno 2019	406
Non valutabili	-35
Totale DM in valutazione	371
Dirigenti Medici RNE non percettori di incentivi	41

Valutazione complessiva

Valutazione Individuale	Valutazione di PI	Valutazione sul contributo alla PO	406	%
Max	50/50	30/30	192	47,3%
Intermedie alte range	tra 49/50 a 45/50	tra 29/30 a 27/30	127	31,3%
Intermedia	tra 44/50 - 40/50	tra 26/30 a 23/30	26	6,4%
Intermedie basse range	tra 32/50 e 39/50	tra 18/30e 24/30	25	6,2%
Min	25/50	16/30	1	0,2%
VALUTAZIONI TOTALI			371	91,4%
Performance Non Valutabili			35	8,6%
			Totali	406
				100%

Valutazione Performance di struttura	Percentuale di raggiungimento della Performance Organizzativa	n. Dirigenti	%
Max	100%	92	22,7%
Intermedie alte range	tra 99,30 % e 90%	167	41,1%
Intermedia	tra 85,60% e 89,70%	37	9,1%
Intermedie basse range	tra 79% e 85%	99	24,4%
Min	66%	11	2,7%
VALUTAZIONI TOTALI		406	100,0%

La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS.

La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal Dirigente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS .

Valutazione 2019: Risultati e andamenti Performance complessiva Dirigenza PTA

Valutazione individuale Dirigenti PTA2019 con 100% performance di struttura	N.	PI	PO				
	4	48/50	29/30				

Valutazione 2019: Risultati e andamenti Performance complessiva Dirigenza Sanitaria

Dirigenti Sanitari 2019		25					
Non valutabili		0					
Totale DS in valutazione		25					

Valutazione complessiva

Valutazione	PI	PO	25	%
Max	50/50	30/30	15	60,0%
Intermedie alte range	49/50-45/50	tra 30/30 a 29/30	5	20,0%
Intermedie basse range	41/50-35/50	tra 25/30 - 23/30	4	16,0%
Min	31/50	19/30	1	4,0%
VALUTAZIONI TOTALI			25	100,0%
Performance Non Valutabili			0	

Valutazione Performance di struttura	Percentuale di raggiungimento della Performance Organizzativa	n. Dirigenti	%
Max	100%	12	48,0%
Intermedie alte range	tra 99,30 % e 90%	11	44,0%
Intermedia	tra 85,60% e 89,70%	1	4,0%
Intermedie basse range	tra 79% e 85%		0,0%
Min	66%	1	4,0%
VALUTAZIONI TOTALI		25	100,0%

La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS.

La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal Dirigente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS.

Valutazione 2019: Risultati e andamenti Performance complessiva COMPARTO			
Dip. Comparto anno 2019	1336		
Non valutabili	-110		
Tot. In valutazione	1226		
Valutazione complessiva			
Valutazione	PI	N. dipendenti	%
Max	100%	1090	88,91%
Intermedie alte range	99% - 78%	129	10,52%
Intermedie basse range	55% - 73%	5	0,41%
Min	48%	2	0,16%
TOTALE		1226	100,0%
Valutazione Performance di struttura	Percentuale di raggiungimento della Performance Organizzativa		
Max	100%		
Intermedie alte range	98,90%		
Intermedia	97,40%		
Intermedie basse range	96,90%		
Min	93%		
VALUTAZIONI TOTALI			
<p>La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Premialità, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS.</p> <p>La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Premialità, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e alle fasce di presenza in servizio contrattate con le OOSS.</p>			

Valutazione 2019: Risultati e andamenti Performance complessiva universitari				
Universitari Corso anno 2019			18	
Totale in valutazione			18	
Valutazione complessiva				
Valutazione	PI	PO	18	%
Max	50/50	30/30	8	44,4%
Intermedia	49/50 47/50	29/30	9	50,0%
Min	45/50	27/30	1	5,6%
VALUTAZIONI TOTALI			18	100,0%
Valutazione Performance di struttura	percentuale di raggiungimento	n. Dirigenti	%	
Max	100%	2	11,1%	
Intermedie alte range	tra 99,30 % e 90%	11	61,1%	
Intermedia	86%	5	27,8%	
Min	66%		0,0%	
VALUTAZIONI TOTALI		18	100,0%	
<p>La quota personale incentivante della Performance Individuale, stimata sul 30% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio complessivo della scheda di valutazione e della presenza resa .</p> <p>La quota personale incentivante della Performance organizzativa, stimata sul 70% del Budget delle risorse disponibili nel Fondo di Risultato, è valorizzata sulla base del punteggio riservato al contributo reso dal Dirigente sulla Perf.Org.va della scheda di valutazione e rapportata alle percentuali di risultato della Performance di struttura e della presenza resa .</p>				

Infine nell' Allegato I sono riportate le schede degli obiettivi specifici individuali assegnati secondo le modalità previste nei commi 3d e 3e del citato Regolamento del sistema della Performance.

6. Trasparenza e Anticorruzione

Nel presente paragrafo vengono elencate una serie di azioni legate ai processi di sviluppo delle azioni per la trasparenza e l'anticorruzione che l'Azienda Ospedaliera di Terni ha posto in essere nel corso dell'anno 2019.

Una corretta attuazione del processo di trasparenza, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione, rappresenta di per sé una delle misure fondamentali per la prevenzione della corruzione.

In questo modo, attraverso la pubblicazione on line dei documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

A seguito dell'approvazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2019 – 2021 l'Azienda ha svolto un'azione volta a richiamare le Strutture interessate al rispetto delle scadenze previste per gli obblighi di pubblicazione.

Tale attività si è svolta principalmente utilizzando modalità semplificate, attraverso contatti personali, telefonici o posta, in modo di garantire la massima rapidità di sollecito e controllo.

In tal modo è proseguita l'attività di verifica, aggiornamento e perfezionamento dei dati già pubblicati, offrendo disponibilità e collaborazione alle Strutture stesse.

Per quanto riguarda l'anticorruzione, in particolare sono state prese iniziative o sono stati completati alcuni interventi di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione con particolare riferimento al Sistema di prenotazione delle prestazioni di diagnostica strumentale, delle visite specialistiche, del CUP unico regionale, del sistema Informatizzato "gare", del sistema di gestione dei ricoveri programmati attraverso la Preospedalizzazione centralizzata con informatizzazione del percorso chirurgico e l'attivazione della Centrale Unica dei ricoveri.

Sempre nell'anno 2019 (Deliberazione del Commissario Straordinario n.869 del 30/12/2019 avente ad oggetto "Rilevazione annuale delle partecipazioni dell'azienda ospedaliera "S.Maria" di Terni ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. 175/2016") è stata formalizzata l'attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Per quanto riguarda misure ulteriori specifiche relative alle gare di aggiudicazione, è garantita l'accessibilità on line della documentazione di gara (piena trasparenza degli atti e delle procedure), prevedendo inoltre che tutti gli atti di gara transitino attraverso il sistema aziendale di protocollazione.

È stata inoltre predisposta apposita modulistica per quanto riguarda l'eventuale adozione di una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi.

Il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure individuate nel PTPC 2019-2021 è stato parzialmente effettuato in quanto in corso d'anno è stato incaricato un nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione e nel mese di maggio è stato adottato il PTPC 2019-2021.

I servizi interessati hanno comunque dimostrato di applicare le misure previste dando motivazione su eventuali difficoltà riscontrate nell'adempimento degli obblighi, soprattutto in relazione alle risorse umane disponibili.

Nel corso dell'anno, anche grazie alla partecipazione a diversi corsi di aggiornamento e a riunioni aziendali, è emersa la necessità di adeguare le misure previste nel PTCP in un'ottica di analisi congiunta dei rischi corruttivi e dei modelli di internal auditing con le altre Aziende sanitarie regionali.

E' emersa anche la necessità di effettuare adeguata formazione sul tema e di rivedere l'impianto del PTCP aziendale approfondendo proprio la fase della mappatura dei processi: nel PTCP 2019; è stata infatti effettuata una mappatura "sintetica" delle principali attività a rischio che, anche alla luce dei corsi di formazione regionali, è stata resa più approfondita nel PTCP 2020-2022.

A tale proposito per il 2020 è prevista un'integrazione della mappatura dei processi con gli obiettivi di budget, al fine di favorire ulteriormente la sensibilizzazione dei responsabili dei centri aziendali nei riguardi di tale tematica.

Nel corso dell'anno 2019 il PTCP 2020-2022 è stato elaborato anche con riferimento al laboratorio rappresentato dal Corso regionale "Analisi dei rischi corruttivi in sanità - Gruppi di miglioramento interaziendali sulle principali aree di rischio" nel quale è stato possibile un confronto con le altre Aziende sanitarie.

L'esperienza maturata e i feedback ricevuti hanno consentito di sviluppare e integrare il modello di gestione del rischio previsto nel PTCP 2019-2021, seppur congruo rispetto alle disposizioni normative ed alla concreta prevenzione della corruzione, prevedendo e implementando nel PTCP 2020-2022 l'architettura generale del sistema di mappatura, in un'ottica di maggiore omogeneità metodologica con le altre Aziende Sanitarie.

Infine, nel corso dell'anno sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti con nove procedimenti attivati, sei licenziamenti senza preavviso e una censura.

REGOLE GENERALI PER LA RIVALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI

- 1) Nel caso in cui il valore totale del volume di attività sia maggiore del valore negoziato si intendono raggiunti tutti gli obiettivi delle singole voci di attività
- 2) La percentuale di raggiungimento delle singole voci di attività vengono rivalutate in base alla percentuale di raggiungimento del totale del valore dell'attività
- 3) Nel caso in cui la somma del valore di attività dell'Alta Specialità e dell'Extraregionale è maggiore del negoziato si intendono raggiunti entrambi gli obiettivi di attività
- 4) Qualora la riduzione del volume di attività sia dovuta alla riduzione dei DH si considera l'obiettivo non conseguito con motivazione
- 5) Nel caso in cui vi sia un incremento dell'attività, la percentuale di raggiungimento delle voci di spesa dei beni di consumo viene rivalutata in base a tale incremento
- 6) Nel caso di riduzione delle sedute operatorie il valore obiettivo dei ricavi di attività di ricovero è stato ricalcolato in base alla riduzione % delle sedute tra il 2018 e il 2019
- 7) Nel caso in cui il valore totale dei costi sia minore del valore negoziato si intendono raggiunti tutti gli obiettivi delle singole voci di costo
- 8) La percentuale di raggiungimento delle singole voci di costo viene rivalutata in base alla percentuale di raggiungimento del totale del valore dei costi
- 9) Se l'indice di performance è minore di 100,0 l'obiettivo si considera raggiunto
- 10) **Indicatori MES e AGENAS-PNE:** la percentuale di raggiungimento sarà calcolata in base alla collocazione del valore rispetto ai valori soglia previsti nelle 5 fasce di merito stabilite a livello nazionale:

Fascia 1 – valutazione “Ottima” (colore verde scuro)	→	120%
Fascia 2 – valutazione “Buona” (colore verde chiaro)	→	100%
Fascia 3 – valutazione “Media” (colore giallo)	→	80%
Fascia 4 – valutazione “Scarsa” (colore arancione)	→	30%
Fascia 5 – valutazione “Pessima” (colore rosso)	→	0%
- 11) Regole per il raggiungimento dell'obiettivo “Gestione delle dimissioni 7gg/h24” in base alla percentuale dei dimessi di sabato e domenica:
 - Valore della differenza % dei dimessi migliorata obiettivo raggiunto al 100%
 - Valore della differenza % dei dimessi peggiorata allora:

> 15,0 %	obiettivo raggiunto al 100%
14,9 - 12 %	obiettivo raggiunto al 90%

11,9 - 9 %	obiettivo raggiunto al 80%
8,9 - 6 %	obiettivo raggiunto al 70%
5,9 - 3 %	obiettivo raggiunto al 50%
< 3 %	obiettivo non raggiunto

se n. dimessi < di 100 non conseguito con motivazione

12) Regole per il raggiungimento dell'obiettivo "Appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio e di radiologia" in base al rapporto tra la spesa per gli esami richiesti ed il valore del fatturato di attività per i ricoveri:

Congelare per spese inferiori a 10.000 euro

valore < 1,000 = 80%

valore 1,000-3,000 = 50%

valore > 3,000 = 0%

13) Per quanto riguarda l'obiettivo "Informatizzazione sale operatorie: utilizzo programma Ormaweb per registro operatorio, lista di attesa, preospedalizzazione, cartella anestesiologicala" sono state calcolate le seguenti penalità

In base alla % di interventi non chiusi entro le 72 ore

< 50 % - 20 punti

50-59 % - 15 punti

60-69 % - 10 punti

70-79 % - 5 punti

15) l'obiettivo "% utilizzo sala operatoria incluso turn over (PIASTRA)" della UU.OO. di Anestesia viene calcolato al netto del valore della Cardiochirurgia

REGOLE SPECIFICHE PER LA RIVALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI

NEFROLOGIA

- 1) Non conseguito con motivazione obiettivo sull'indice di performance e % ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni, a causa della peculiarità dei pazienti dializzati

CHIRURGIA GENERALE

- 1) Non conseguito con motivazione obiettivo MES C4.4 (% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno) per scelta strategica aziendale

CHIRURGIA DIGESTIVA

- 1) Non conseguito con motivazione obiettivo MES C4.4 (% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno) per scelta strategica aziendale

CARDIOCHIRURGIA

- 1) Non conseguiti con motivazione obiettivi riguardanti gli indicatori di sala operatoria a causa della peculiarità dell'assegnazione delle sedute operatorie

CARDIOLOGIA

- 1) Non è stata considerata la riduzione di attività in quanto l'area cardiologica ha incrementato l'attività chirurgica a scapito di quella medica.
- 2) Non conseguito con motivazione obiettivo riguardante Informatizzazione sale operatorie: utilizzo programma Ormaweb per registro operatorio, lista di attesa, preospedalizzazione, cartella anestesiologicala perché refuso

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- 1) Non conseguito con motivazione l'obiettivo sui valori di attività per la riduzione nel corso dell'anno dei dirigenti medici non prevista al momento della negoziazione
- 2) Non conseguito con motivazione obiettivo su appropriatezza prescrittiva degli esami di laboratorio perché non richiesti

NEURORADIOLOGIA

- 1) Non conseguito con motivazione l'obiettivo sui valori di attività per la riduzione nel corso dell'anno dei dirigenti medici non prevista al momento della negoziazione

ONCOEMATOLOGIA

- 1) Non conseguito con motivazione obiettivo su appropriatezza prescrittiva degli esami di radiologia perché non richiesti

TUTTE LE CHIRURGIE + ANESTESISTI

- 1) Non conseguito con motivazione obiettivo “% inizio intervento con incisione del paziente entro le ore 08:30” in quanto il Tavolo delle Risorse ha verificato che la complessità di ciascun intervento influenza l’orario di incisione del paziente