

Stemma dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale Silvestrini – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA – Part.IVA 02101050546
Tel. : 075.5781 – Fax. : 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

31 OTT. 2019 N° 965

OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE ANNO 2020 – 2022

Premesso:

- che il **D.Lgs n. 33/2013** mette in evidenza come le amministrazioni pubbliche debbano garantire, in ogni fase del proprio ciclo della performance, l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e le attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- che il piano della performance è uno degli strumenti previsti dal **D.Lgs n. 150/2009** per valutazione della performance riferita non solo all'amministrazione nel suo complesso, ma a cascata a tutte le sue articolazioni sino ad arrivare al singolo dipendente;
- che l'Azienda Ospedaliera di Perugia rifacendosi a tale decreto e richiamando la Delibera della Giunta Regione Umbria n. **52/2012**, in cui venivano definiti indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull'adozione di sistemi di valutazione del personale, ha stabilito con le Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del **15 Gennaio 2014** il processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto;
- che **D.Lgs n. 74/2017** ha messo in risalto alcuni punti di attenzione sulla modalità di redazione del piano della performance, quali riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica, innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Menghini 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale Silvestrini – S.Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA – Part.IVA 02101050546
Tel. : 075.5781 – Fax. : 075.5783531 – Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

Tutto ciò premesso

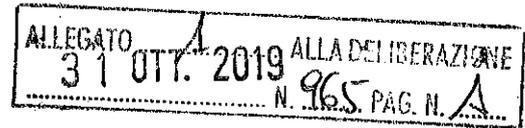
SI DELIBERA QUANTO SEGUE:

- 1) approvare il piano della performance anno 2020 - 2022 (**Allegato 1**), che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di pubblicare il presente atto sul sito aziendale dell'Ente alla pagina "Amministrazione Trasparente".

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO (Dr. Antonio Onnis)

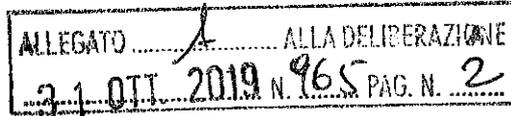
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Matteo Sammartino)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dr. Luca Bianciardi)



ALLEGATO 1

PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2020 – 2022



PREMESSA

Il Piano della Performance 2020 – 2022 dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, adottato ai sensi del **Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150** e s.m.i. è un **documento programmatico** all’interno del quale, in conformità alle risorse assegnate, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, **l’Azienda Ospedaliera di Perugia declina su base triennale obiettivi, indicatori e risultati attesi per la gestione delle attività**, sui quali basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione annuale del proprio operato.

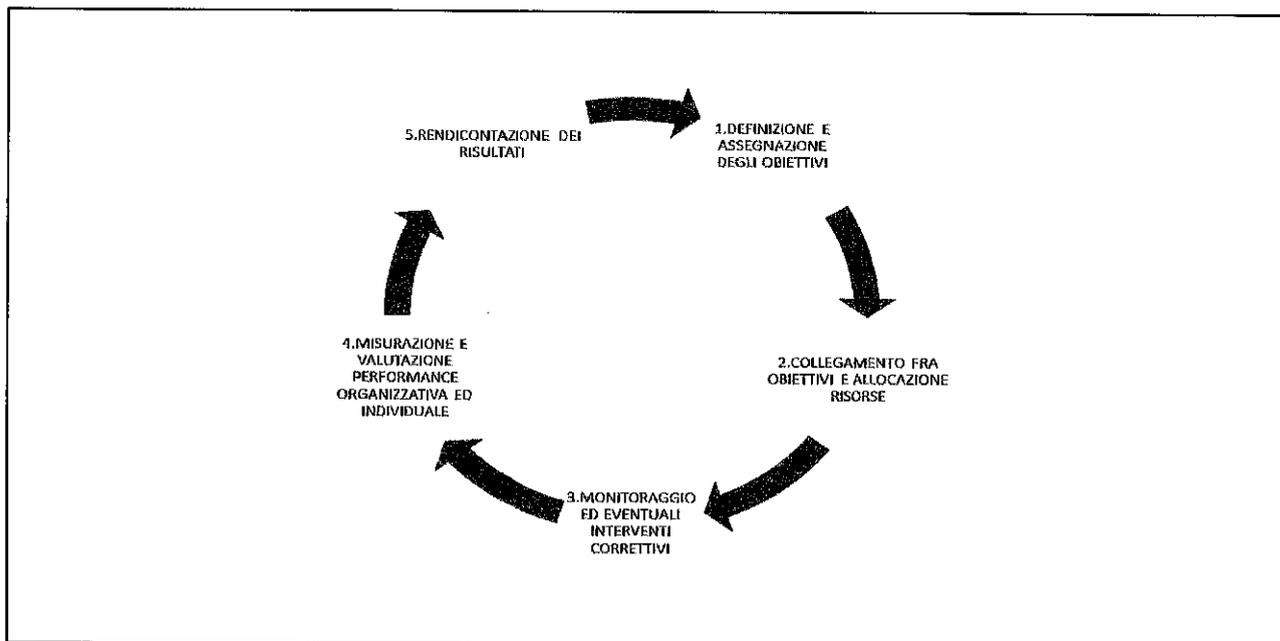
Essendo un atto di programmazione pluriennale, il piano è **modificabile con cadenza annuale** in relazione a :

- Obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- Modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento
- Modifica della struttura organizzativa e/o delle modalità di organizzazione e funzionamento dell’azienda.

Scopo principale del Piano delle Performance è quello di **rendere partecipe** la comunità delle linee strategiche e dei principali obiettivi che l’Ospedale si è prefissato di raggiungere nel triennio 2020-2022, garantendo massima trasparenza ed ampia diffusione verso gli operatori, cittadini, utenti e gli stakeholders.

Il Piano si raccorda con il **Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza**, essendo le misure previste da questo documento programmatico, parti integranti del Piano delle performance e soprattutto degli obiettivi strategici aziendali.

Il piano delle performance dà l’avvio al ciclo delle performance:





Nel recente D.Lgs n. **74/2017** sono stati evidenziati alcuni punti di attenzione sulla redazione del piano della performance, quali:

- a) riallineamento temporale del ciclo della performance con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e con quello della programmazione strategica;
- b) innalzamento del valore della programmazione e della centralità della performance organizzativa;
- c) maggiore visibilità ai risultati conseguiti nell'anno o negli anni precedenti;
- d) flessibilità sul grado di copertura del piano della performance.

Il documento

è strutturato in tre sezioni:

- **nella prima** sono riportate le informazioni e i dati di sintesi delle attività dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e del contesto in cui opera;
- **nella seconda** è descritto il processo di pianificazione strategica aziendale che porta alla definizione degli indirizzi e degli obiettivi di medio lungo termine in coerenza con la programmazione sanitaria regionale;
- **nella terza** sezione si declinano gli obiettivi di budget assegnati alle articolazioni organizzative aziendali, corredati di indicatori e standard di riferimento.

PRIMA SEZIONE

1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, in convenzione con l'Università, si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività di emergenza-urgenza. Costituisce un polo sanitario di alta specialità che, per le specifiche professionalità presenti e per il complesso di tecnologie innovative e tipologia di prestazioni offerte, è un punto di eccellenza sia per la sanità umbra che per quella nazionale. Favorisce l'innovazione in ambito organizzativo e clinico-assistenziale, anche mediante l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la ricerca traslazionale.

L'integrazione con l'Università degli Studi di Perugia consente di ottemperare alle funzioni imprescindibili di assistenza, didattica e ricerca. L'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata istituita con DPCM del 3 Marzo 1994, la sua sede legale è presso Ospedale S. Maria della Misericordia – S.Andrea delle Fratte – 06156 Perugia, Partita IVA 02101050546, mentre la Direzione Generale e Sede Amministrativa è sita in Piazzale Menghini 8/9 – 06129 Perugia. L'Azienda Ospedaliera di Perugia assolve non solo il compito di ospedale di alta specialità, ma anche quella di ospedale cittadino per la città di Perugia, inoltre nell'ambito della rete del Sistema Regionale Umbro esso non è solo un elemento organizzativo e funzionale, ma rappresenta anche la funzione di ospedale regionale.

1.2. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSION

La sua mission è di garantire a tutti gli utenti i più elevati livelli di salute, coniugando assistenza, ricerca e didattica. L'azienda per molte patologie riveste il ruolo di Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, Impianti Cocleari, Gravi Epatopatie e pazienti candidati al trapianto, Epilessia, Coordinamento e Compensazione Sangue, Diagnosi e cura della Riproduzione Umana, Gastroenterologia ed Epatologia, Endoscopia digestiva, Medicina del Lavoro, Igiene Industriale e Tossicologia, Sorveglianza Infezioni HIV e Infezioni Nosocomiali, Genetica medica, Trapianti, Rete Oncologica e dal 2013 Struttura Regionale di Riferimento per i Trapianti (SRRT). Inoltre l'Azienda Ospedaliera di Perugia sta sempre più integrando, attraverso la stipula di protocolli d'intesa interaziendali, la propria attività con quella delle aziende territoriali umbre non solo per poter garantire una migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ma anche per rispondere all'annoso problema delle liste di attesa chirurgiche che in alcuni casi provoca la fuga dei pazienti verso gli ospedali di altre regioni. L'Azienda Ospedaliera di Perugia è inoltre dotata di tecnologie avanzate che permettono sempre più di rispondere in maniera veloce e mirata ai bisogni di salute del cittadino. L'innovazione non è solo tecnologica ma anche organizzativa, infatti negli ultimi anni, in azienda sono stati prima sperimentati e poi resi operativi percorsi e strategie che permettono di rispondere a criteri di appropriatezza assistenziale (osservazioni brevi, unità di degenza infermieristica, week surgery) ma anche alle esigenze stesse dell'utenza che ne hanno fatto come nel caso del Percorso Donna dei veri e propri fiori all'occhiello a cui sono stati insigniti continuativamente sin dal 2009 i "Tre Bollini Rosa" dell'Osservatorio Nazionale per la Salute della Donna (ONDA).

La **vision aziendale** è riassumibile in:

- **Perseguimento dell'eccellenza:** la Direzione sostiene azioni tese a creare un ambiente favorevole per l'espressione dell'eccellenza clinico-assistenziale al fine di favorire l'attività di ricerca e di sperimentazione e la valorizzazione delle risorse professionali. Il perseguimento

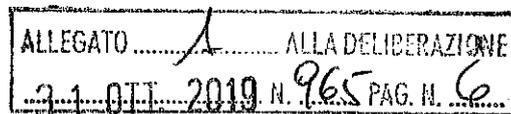
dell'eccellenza è favorito anche dall'introduzione di nuove tecnologie che permetteranno di garantire al meglio l'eccellenza delle prestazioni a supporto delle decisioni cliniche.

- **Organizzazione Dipartimentale:** il Dipartimento quale sede per lo sviluppo professionale, l'integrazione delle risorse, la ricerca
- **Cruscotto aziendale** quale strumento di comunicazione e condivisione delle performance aziendali tra Direzione strategica e Operatori
- **Sviluppo del Sistema aziendale per il governo clinico:** l'investimento, la valorizzazione e il confronto all'interno dei Dipartimenti nei temi di rischio clinico e sicurezza delle cure, formazione continua, HTA, Clinical Audit, Empowerment degli operatori e dei cittadini, sistemi informativi porteranno ad un governo dell'Azienda condiviso dai professionisti e ad una cultura aperta che valorizza le esperienze, conoscenze, competenze in un'ottica di coinvolgimento nella presa di decisioni clinico-assistenziali –organizzative
- **Centralità del paziente ed equità di accesso:** la scelta di porre al centro i bisogni dell'utente sarà garantita, oltre che da una maggiore flessibilità organizzativa, anche dalla definizione di percorsi clinico assistenziali sulle patologie di maggiore impatto epidemiologico e che condizionano maggiormente la vita quotidiana del cittadino (percorsi oncologici e percorsi su malattie croniche) in stretto collegamento con l'azienda territoriale, in modo da garantire la continuità assistenziale
- **Sviluppo della comunicazione aziendale:** tre sono le aree strategiche individuate dalla Direzione: l'empowerment degli operatori, l'empowerment dei cittadini e la mission, i valori e l'identità aziendale. L'approccio perseguito è co-relazionale dove le diverse ottiche, quelle del cittadino e del professionista, sono integrate tra loro.
- **Potenziamento della medicina narrativa:** sviluppare le esperienze di medicina narrativa sotto forma di esperienze laboratoriali per setting assistenziali.

2. L'ORGANIZZAZIONE

L'Azienda Ospedaliera di Perugia è attualmente articolata in 49 unità operative (di cui 27 a direzione universitaria) con nove dipartimenti assistenziali integrati (DAI) istituiti e attivati con atto del **14/11/2007 n.1.169** e regolamentati con atto **16/01/2008 n.29** :

- Dipartimento Emergenza e Accettazione;
- Dipartimento di Scienze Cardio Toraco Vascolari;
- Dipartimento di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche
- Dipartimento di Neuroscienze e Organi Sensoriali;



- Dipartimento Materno – Infantile;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 1;
- Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 2;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini e di Laboratorio.

Funzioni del Dipartimento

1. funzione relativa al governo clinico

il dipartimento di rappresenta la rete organizzativa per la piena realizzazione del governo clinico in termini di: sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità ed efficienza.

2. funzione relativa all'ottimizzazione della gestione delle risorse

il dipartimento è responsabile del corretto utilizzo delle risorse umane e strumentali negoziate, assicura e coordina le funzioni assistenziali, assegnate alle Strutture complesse, alle Strutture semplici aziendali, alle Strutture semplici Dipartimentali, agli incarichi di alta specializzazione in cui è articolato, privilegiando l'approccio multidisciplinare delle competenze professionali e l'utilizzo integrato delle risorse assegnate (umane, strumentali e finanziarie) per assicurare prestazioni sanitarie di qualità, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza, e l'eccellenza delle attività didattiche e di ricerca; formula proposte su programmi di investimento edilizio e tecnologico;

3. funzione relativa alla garanzia degli esiti mediante l'integrazione interdisciplinare

il dipartimento promuove il coordinamento clinico tra i vari responsabili dei servizi per assicurare il miglioramento degli esiti clinico assistenziali nel rispetto delle risorse disponibili; favorisce tutte le iniziative e i provvedimenti finalizzati a soddisfare i requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie in ottemperanza alle direttive regionali.

4. funzione relativa alla valorizzazione e allo sviluppo del risorse umane

il dipartimento predisporre e propone alla Direzione Sanitaria programmi di formazione del personale; promuove e coordina le attività di ricerca, ferma restando la libertà di ricerca di ogni singolo docente e ricercatore ad esso afferente, in conformità alla legislazione universitaria; promuove e coordina altresì l'attività di ricerca del personale dirigente del Servizio Sanitario Nazionale; concorre con la Scuola di Medicina e con le altre strutture didattiche interessate, allo svolgimento dell'attività didattica, affidata sia al personale docente universitario sia al personale appartenente al Servizio Sanitario Nazionale incaricato dal competente Consiglio di Dipartimento di Medicina universitario, nei corsi di laurea e di laurea specialistica/magistrali, nelle scuole di specializzazione, nei corsi di master universitari, nonché allo svolgimento delle attività di aggiornamento professionale e formazione permanente (Educazione Continua in Medicina).



- 5. funzione relativa alla continuità di cure, orientamento e miglioramento di sicurezza del paziente**
il dipartimento assicura il corretto accesso ai servizi, con particolare riferimento alla gestione delle liste di attesa relativamente ai ricoveri ed alle prestazioni ambulatoriali; promuove e favorisce il collegamento con le attività extra-ospedaliere, in particolare con quelle territoriali dell'Azienda USL, per assicurare la continuità assistenziale
- 6. funzione relativa alla gestione dei processi**
il dipartimento garantisce l'unitarietà e la globalità degli interventi assistenziali e organizzativi; individua PDTA per le principali patologie prese in carico sia a livello intra che interdipartimentale; può individuare competenze e responsabilità trasversali attraverso i Programmi e i Progetti. Obiettivo del Programma, o del Progetto, è assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi in aree di particolare complessità, o per percorsi assistenziali che richiedono il contributo coordinato ed integrato di competenze e professionalità riferibili ad articolazioni organizzative diverse.
- 7. funzione relativa all'ambito dell'organizzazione e della comunicazione**
il dipartimento sviluppa il senso di appartenenza all'organizzazione e valorizza le varie professionalità e competenze; facilita la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse, garantendo una continua e capillare diffusione delle informazioni; cura lo sviluppo delle relazioni interne ed esterne.

Sono organi del Dipartimento:

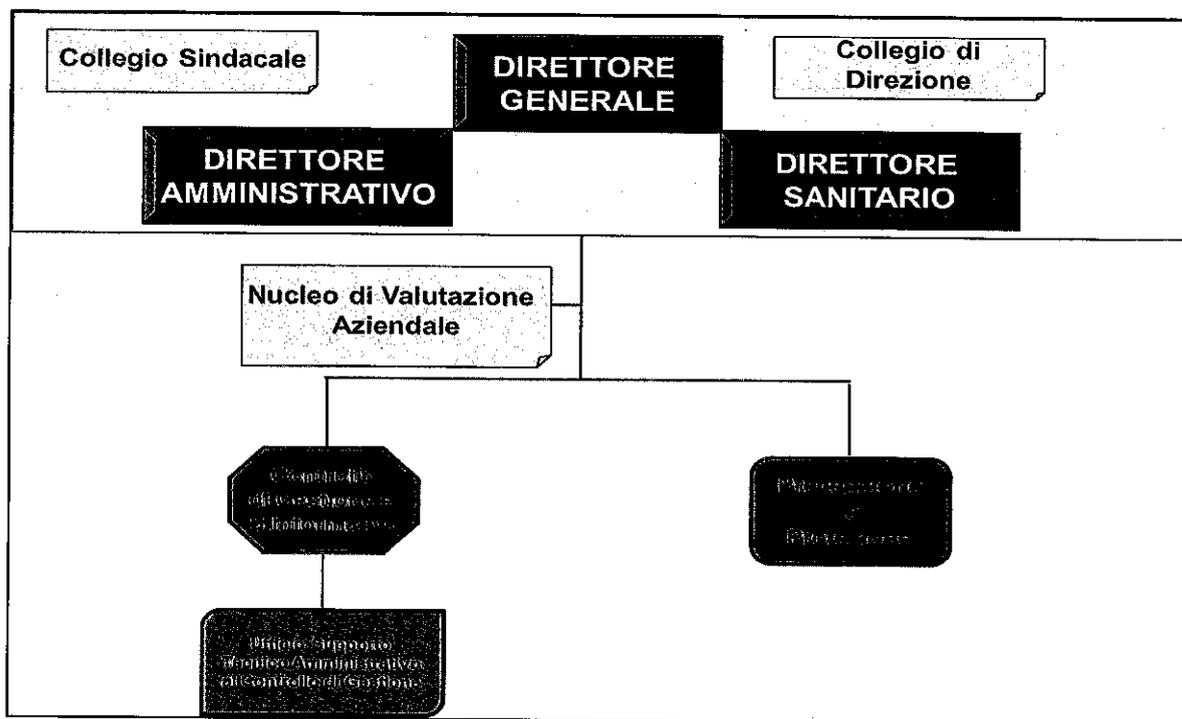
- a) il Direttore;
- b) il Consiglio di Dipartimento;
- c) l'Assemblea del Dipartimento
 - Il Direttore del Dipartimento assume la responsabilità per la realizzazione degli obiettivi attribuiti con il Piano delle performance annuale (Delibera n. 2406 del 13/12/2018 " adozione piano performance 2019-2021").
 - Il Consiglio di Dipartimento è un organo collegiale composto da membri di diritto e membri di nomina elettiva. L'elezione di quest'ultima componente è di competenza dell'assemblea di dipartimento.
 - L'assemblea di dipartimento è costituita da tutte le figure professionali ospedaliere e universitarie che svolgono la loro attività nel dipartimento.

Altro organo dell’Azienda Ospedaliera di Perugia è il **Collegio di Direzione** formato dal Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali e dal Responsabile del S.I.T.R.O.; tale organo concorre al governo delle attività cliniche; partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione; indica le soluzioni organizzative per l’attuazione dell’attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di direzione concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all’individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Nelle figure (Figg.1-3) sotto riportate è presentata la composizione dell’area centrale aziendale.

Figura 1 Organigramma Area Centrale - Direttore Generale



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
 B.1...OTT. 2019 N. 965 PAG. N. 9

Figura 2 Organigramma Area Centrale - Direttore Sanitario

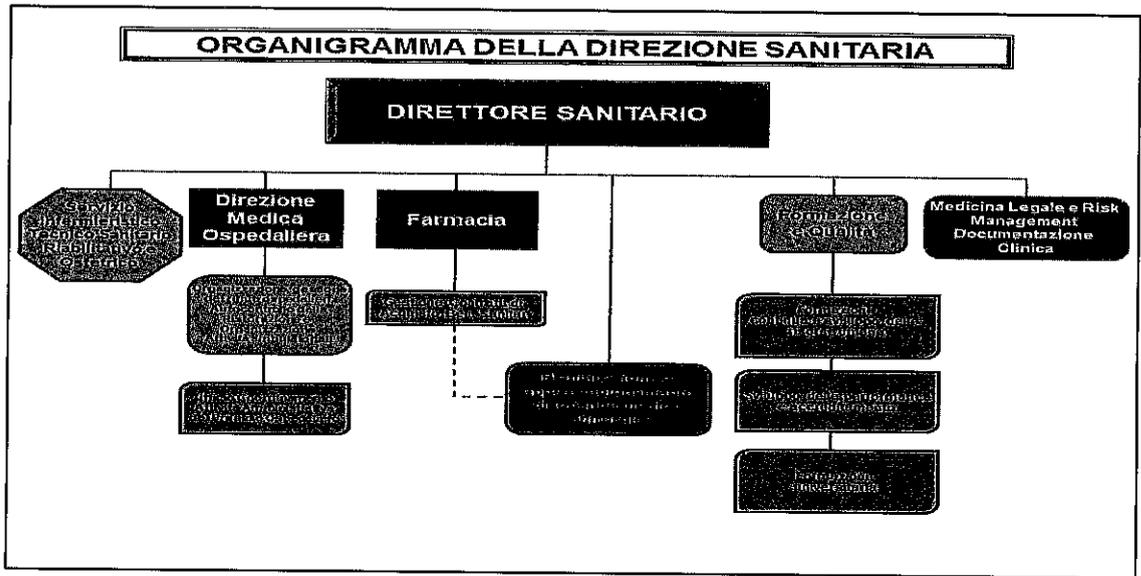
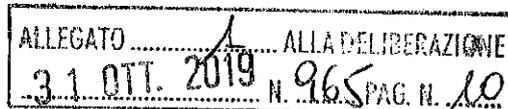


Figura 3 Organigramma Area Centrale - Direttore Amministrativo



La Struttura organizzativa nel suo complesso, sanitaria e tecnico – amministrativa, garantisce lo svolgimento dei compiti istituzionali assegnati all’azienda.



Le Aziende Ospedaliere/Universitarie sono sistemi organizzativi tra i più complessi che hanno come "mission" la didattica, la ricerca e l'assistenza. Sono chiamate a un miglioramento continuo che solo il circolo virtuoso delle conoscenze e delle buone pratiche può alimentare. Tutto ciò che l'organizzazione aziendale non deve essere solo caratterizzata dalla multidisciplinarietà e/o multiprofessionalità ma anche dalla capacità di adattamento e cambiamento. L'organizzazione aziendale sanitaria è forse la principale dimensione nel processo di cambiamento. Pianificazione strategica, programmazione ciclica delle attività, gestione delle risorse e orientamento all'utenza e coinvolgimento del cittadino sono concetti cardine e imprescindibili nel percorso di rinnovamento che negli ultimi anni ha subito e sta subendo il SSN. Mantenere un SSN sostenibile è ormai una delle priorità per chi si occupa di sanità, a tutti i livelli; tutto questo può realizzarsi solamente innovando, rendendo il sistema più efficace ed efficiente, adottando nuovi modelli organizzativi che rendano più lean le aziende, mutando in maniera creativa i profili professionali per renderli più idonei ai cambiamenti in atto. Innovare significa ottenere cambiamenti e non solo proporre nuovi modelli o sistemi. Una azienda sanitaria deve essere una organizzazione flessibile, strutturata in maniera tale da fronte alle evoluzioni dei modelli organizzativi e degli scenari normativi. L'operatività e le sue funzioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vengono svolte nell'Azienda Ospedaliera di Perugia dalle strutture organizzative alle quali sono assegnate risorse umane, materiali, tecnologiche e strutturali, gestite in base a una precisa organizzazione e programmazione aziendale e monitorate principalmente attraverso lo strumento del budgeting. L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia si articola in:

- dipartimenti assistenziali integrati (DAI)
- Strutture Complesse e staff della Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria
- strutture complesse
- strutture semplici dipartimentali
- strutture semplici
- incarichi di alta specializzazione
- incarichi professionali
- incarichi di funzione

PERSONALE OSPEDALIERO

Tabella 1. Distribuzione del personale dipendente per ruolo al 31/12/2018

Ruolo	Indeterminato		Determinato		TOTALE
	Numero	%	Numero	%	
Dirigenza Medica	433	17,4	33	14,2	466
Dirigenza Sanitaria	42	1,7	7	3,0	49
Comparto Ruolo Sanitario	1.387	55,8	136	58,4	1.523
Totale Ruolo Sanitario	1.862	75,0	176	75,5	2.038
Dirigenza Professionale	2	0,1	1	0,4	3
Comparto Ruolo Professionale	4	0,2	0	0,0	4
Totale Ruolo Professionale	6	0,2	1	0,4	7
Comparto Ruolo Tecnico	484	19,5	54	23,2	538
Totale Ruolo Tecnico	484	19,5	54	23,2	538
Dirigenza Amministrativa	3	0,1	0	0,0	3
Comparto Ruolo Amministrativo	129	5,2	2	0,9	131
Totale Ruolo Amministrativo	132	5,3	2	0,9	134
Totale	2.484	100,0	233	100,0	2.717

PERSONALE UNIVERSITARIO

Il personale universitario convenzionato è pari 210 unità di cui il 67,6% è di ruolo sanitario .

Tabella 2. Distribuzione del personale universitario per ruolo al 31/12/2018

Ruolo	Numero	%
Dirigenza Medica	113	53,8
Dirigenza Sanitaria	23	11,0
Comparto Ruolo Sanitario	6	2,9
Totale Ruolo Sanitario	142	67,6
Dirigenza Professionale	2	1,0
Comparto Ruolo Professionale	0	0,0
Totale Ruolo Professionale	2	1,0
Comparto Ruolo Tecnico	36	17,1
Totale Ruolo Tecnico	36	17,1
Dirigenza Amministrativa	0	0,0
Comparto Ruolo Amministrativo	30	14,3
Totale Ruolo Amministrativo	30	14,3
Totale	210	100,0

3. RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'

I rapporti tra Azienda Ospedaliera di Perugia e Università degli Studi di Perugia sono regolati dal "Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs 21 Dicembre 1999, n. 517 del DPCM 24 Maggio 2001 ed ai sensi della Legge 30 Dicembre 2010, n.240 e della Legge Regionale 12 Novembre 2012, n.18 e Legge Regionale n.11 del 09 aprile 2015". Esso prevede principalmente:

- a) disciplina la costituzione, l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda ospedaliera di Perugia e Terni in convenzione con l'Università, regola i rapporti tra l'Ateneo e la Regione in materia di attività integrate di ricerca, didattica ed assistenza svolte nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni competenti e negli



interessi comuni della tutela della salute della collettività, della formazione di eccellenza e dello sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria;

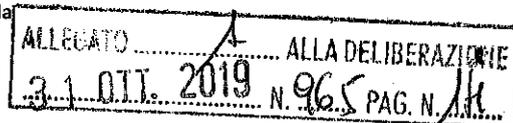
- b) impegno comune, nell'ambito delle proprie competenze a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità;
- c) ottimizzazione della qualità dell'assistenza e basata sulla centralità della persona e sulla tutela della salute e promozione della formazione di figure professionali basate sulla centralità dello studente;

4. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La programmazione aziendale si esplicita all'interno dei seguenti vincoli normativi:

- Decreto Legislativo n.502/1992;
- Decreto Legislativo n.517/1993;
- Patto per la Salute 2014 – 2016;
- Manovre economiche nazionali (Spending Review) e Leggi di Stabilità annuali;
- Legge n.190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo n.33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione”;
- Decreto Ministeriale n.70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- Legge Regionale n.18 del 12/11/2012 “ Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale”;
- Legge Regionale n.11/2015 “Testo unico in materia di sanità e servizi sociali”;
- Legge Regionale n.10/2016 Modificazioni e integrazioni alla Legge Regionale n.11/2015;
- Piano Nazionale Cronicità del 15 Settembre 2016;
- Piano Nazionale della cronicità recepito con DGR 28/11/2016-n.1600 Determinazioni;
- Piano Sanitario Regionale 2019 – 2021 il P.R.O.G.E.T.T.O. per la salute;
- Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2019 - 2021 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2019 - 2021.

La programmazione aziendale negli ultimi anni è stata sicuramente influenzata dal ridimensionamento che ha subito il Fondo Sanitario nazionale che di riflesso si è ripercosso sul Sistema Regionale della Regione dell’Umbria. Nel corso degli ultimi anni nell’Azienda Ospedaliera di Perugia sono stati messi in campo una serie di azioni virtuose per far convivere, a risorse uguali o decrescenti, il bilancio, la qualità delle cure e l’appropriatezza organizzativa. La programmazione di un’azienda sanitaria non è



solamente di tipo economico ma anche e soprattutto di tipo organizzativo e in alcuni casi vi sono degli elementi esterni di benchmark che talune volte possono condizionare alcune scelte strategiche aziendali. La batteria di indicatori presenti nella piattaforma del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa insieme al Programma di Valutazione degli Esiti (PNE) di AGENAS rappresentano i principali "influencer" nella programmazione di un'azienda sanitaria; infatti il set d'indicatori del MeS mostra l'andamento dei principali indicatori aziendali e il loro posizionamento rispetto a determinati livelli di performance (benchmark) mentre gli indicatori annuali del PNE posizionano rispetto al livello nazionale sia i livelli di output (volumi di attività) e di outcome (indicatori di esito).

5. IL CONTESTO ESTERNO

Il Network della Scuola S. Anna di Pisa nasce nell'anno 2008 mutuando l'esperienza sviluppata in Toscana sin dall'anno 2004. Le regioni che ne fanno parte sono: Lombardia, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Puglia, Basilicata e Calabria. L'obiettivo del network è quello di condividere un sistema di valutazione multidimensionale della performance dei Servizi Sanitari Regionali fondato sul confronto in benchmark attraverso l'utilizzo di un ampio set di indicatori. Le performance delle aziende ospedaliere, delle aziende sanitarie territoriali e delle regioni stesse sono valutate con un set di 348 indicatori suddivisi nelle sei dimensioni sotto elencate:

- a) lo stato di salute della popolazione;
- b) capacità di perseguimento delle strategie regionali;
- c) socio – sanitaria;
- d) esterna;
- e) interna;
- f) economica finanziaria.

Le performance valutate dal network sono consultabili all'indirizzo <http://performance.sssup.it/netval/start.php> attraverso i classici bersagli di valutazione, tabelle e grafici rappresentanti sia la performance dell'anno d'indagine, il trend rispetto all'anno precedente e il posizionamento dell'azienda all'interno del network. Nella tabella 3 viene riportata la performance dell'anno 2018 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia confrontata con la media del network; nelle figura 4 viene rappresentato il bersaglio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per l'anno 2018.

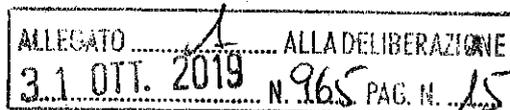
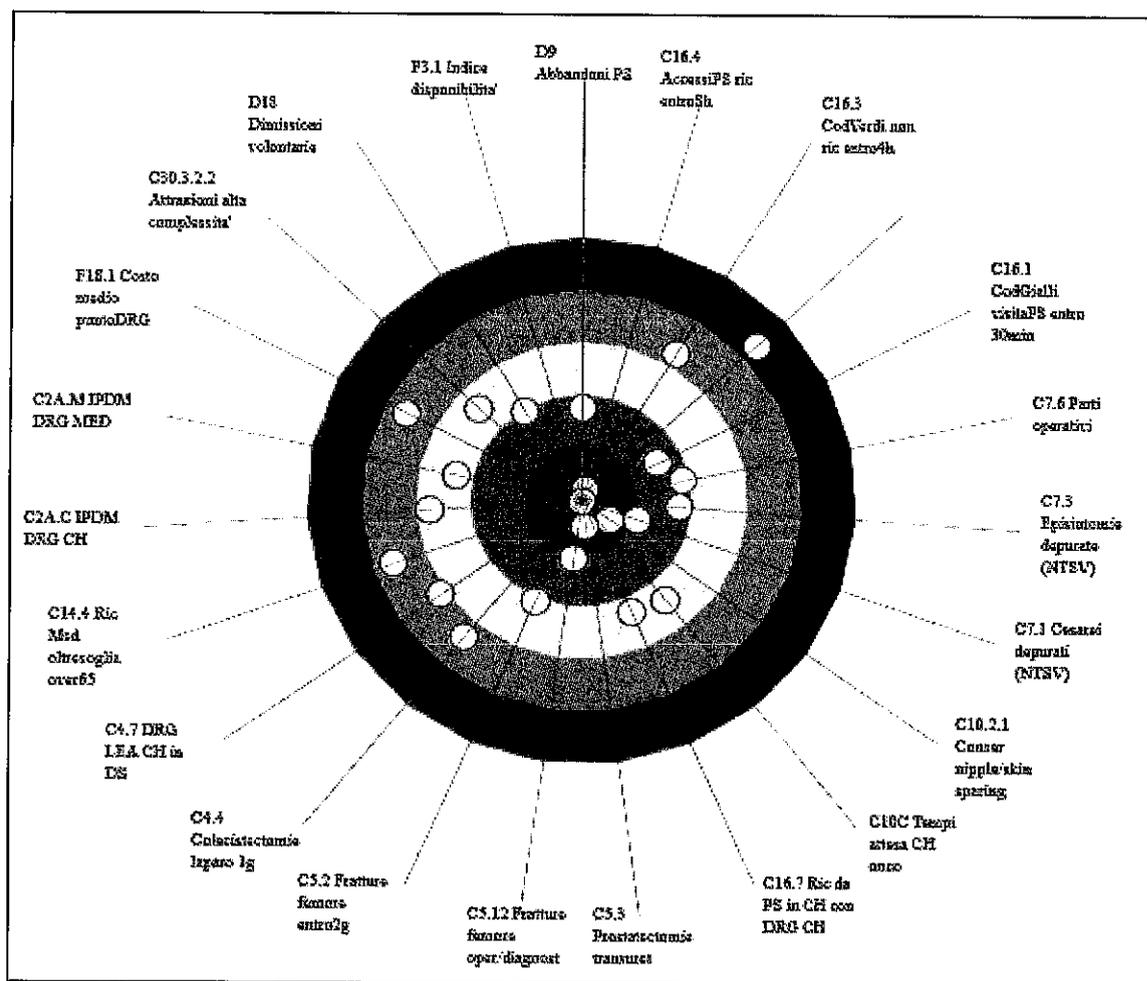


Tabella 3. Indicatori Bersaglio MeS (Network Scuola S.Anna di Pisa). Anno 2018

Cod_Ind	Indicatore	Anno 2018	Media Network 2018
C.16.1	Percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	84,30	75,34
C.16.3	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 4 ore	78,56	79,25
C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	87,42	81,94
C10c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	32,21	24,21
C14.4	Percentuale ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	4,64	4,33
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore	98,92	88,33
C16.7	Percentuale di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	61,81	61,62
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG chirurgici	0,23	-0,06
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,17	-0,09
C30.3.2.2	Attrazioni - alta complessità	14,60	18,90
C4.4	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	27,82	38,15
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	53,84	55,55
C5.12	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate	94,45	93,33
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	65,81	72,27
C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	100,00	88,89
C7.1	Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)	15,43	21,22
C7.3	Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)	18,27	18,30
C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	4,73	5,71
D18	Percentuale dimissioni volontarie	0,70	1,21
D9	Abbandoni da Pronto Soccorso	2,22	4,59
F18.1	Costo medio punto DRG	5401,05	
F3.1	Indice di disponibilita'	2,13	1,41

Figura 4. Bersaglio MeS (Network Scuola S.Anna di Pisa). Anno 2018



Il Programma nazionale esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del Servizio Sanitario Nazionale. Negli ultimi anni PNE ha incrementato costantemente il numero di indicatori, valutati e selezionati. In particolare sono aumentati nell'area angiologica, ortopedica e pediatrica, passando da 146 nel 2015, a 165 nel 2016, fino a 166 indicatori nel 2017 (67 di esito e processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione). Nella tabella 4 sono riportati i volumi di attività, monitorati da PNE, dell'Azienda Ospedaliera di Perugia nell'anno 2017.

Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017

INDICATORE	Volumi
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	228
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	353
Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	13
Volume di ricoveri per embolia polmonare	188



Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017 (segue)

INDICATORE	Volumi
Volume di ricoveri per trombosi venose profonde degli arti	143
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica	42
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica	62
Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	11
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	66
Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	46
AIDS: volume di ricoveri	40
Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	51
Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	27
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	54
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	178
Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	90
Tonsillectomia: volume di ricoveri	60
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	85
Prostatectomia: volume di ricoveri	91
Isterectomia: volume di ricoveri	151
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	71
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	187
Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	43
Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	222
Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	19
Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	9
Intervento chirurgico sull'orecchio medio: volume di ricoveri	105
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	78
Interventi cardiocirurgici in eta pediatrica: volume di ricoveri	1
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri chirurgici	687
Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	30
Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	7
STEMI: volume di ricoveri	402
N-STEMI: volume di ricoveri	277
IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	41
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	120
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	58
Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	6
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	126
Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	1
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	31
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	345
Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	3

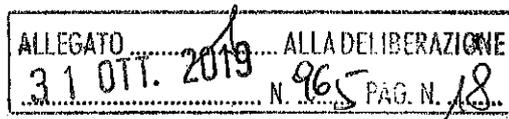


Tabella 4. Volumi di attività Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017 (segue)

INDICATORE	Volumi
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	84
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	54
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	29
Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	141
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	1.000
Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	292
Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	63
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	258
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	187
Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	89
PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	412
Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia	134
Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	22
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	214
IMA: volume di ricoveri	720
BPCO: volume di ricoveri in day hospital	5
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	442
Ictus ischemico: volume di ricoveri	458
BPCO: volume di ricoveri ordinari	358
Parti: volume di ricoveri	1.906
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	741
Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	57
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	731
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	927
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	82
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	117
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	25
Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in eta pediatrica	27
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in eta pediatrica	43
Tonsillectomia: volume di ricoveri in eta pediatrica	48

Inoltre il Programma Nazionale Esiti si concentra su interventi di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizione di equità; nella tabella 5 vengono riportati gli indicatori sottoposti a monitoraggio .

Infine nella tabella 6 vengono riportati i tempi di attesa monitorati dal PNE – AGENAS per l'anno 2016.

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017

INDICATORE	Casi	% GREZZA	%ADJ	RR	P
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)	302	84,11	84,33	1,18	0
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	557	6,28	6,31	0,76	0,121
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	636	7,55	8,01	0,73	0,027
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	508	12,99	13,29	0,91	0,391
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	137	24,09	17,98	0,83	0,283
Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	2500	0,48	0,46	0,84	0,533
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	2500	0,48	0,48	0,82	0,49
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	74	4,05	4,02	0,93	0,898
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	316	6,01	6,23	0,55	0,01
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	300	8,33	8	1,09	0,65
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	271	5,17	4,92	0,5	0,01
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	466	5,79	5,63	0,74	0,126
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	137	83,21	81,29	1,08	0,082
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	168	2,38	2,1	2,11	0,158
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	21	9,52	-	-	-
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	75	2,67	1,64	0,65	0,573
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	261	16,86	16,66	1,24	0,129
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	955	1,36	1,25	1,63	0,081
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	955	0,73	0,69	0,79	0,534
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	38	0	-	-	-
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	215	5,58	5,53	1,36	0,307
Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	21	0	-	-	-
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	43	11,63	12,15	2,32	0,056
Arteriopatia III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	43	6,98	6,97	0,4	0,097
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	50	14	13,43	0,91	0,802
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	321	3,43	3,81	1,73	0,066
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	215	2,33	1,74	0,62	0,295

ALLEGATO 1 ALLA DELIBERAZIONE
3-1 OTT. 2019 N. 965 PAG. 19

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017 (segue)

INDICATORE	Casi	% GREZZA	% ADI	RR	P
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	839	10,37	8,64	0,69	0,001
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	161	11,18	11,72	1,56	0,049
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per embolia polmonare	94	8,51	7,78	0,74	0,401
Riammissioni a 30 giorni dalla dimissione dopo un ricovero per embolia polmonare	87	12,64	12,44	1,26	0,431
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	94	69,15	83,83	1,68	0
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	345	62,32	-	-	-
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	169	9,47	9,84	1,4	0,158
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	345	61,16	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	321	0,62	0,65	0,58	0,444
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	187	50,27	-	-	-
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	249	4,02	4,38	1,79	0,067
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	238	31,51	29,27	3,27	0
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	94	18,09	16,65	1,05	0,851
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1462	19,49	12,59	0,54	0
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	521	5,37	4,72	0,85	0,41
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	521	42,99	43,47	0,67	0
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	387	4,13	3,27	0,72	0,213
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	260	0,77	0,64	0,37	0,167
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	292	0,68	0,73	0,65	0,55
Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	93	4,3	3,53	1,12	0,826
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	431	0,93	0,82	0,75	0,569
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	291	12,03	9,78	2,7	0
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	243	1,65	1,73	0,92	0,868

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
 21 OTT 2019 N. 965 PAG. N. 20

Tabella 5. Mortalità, procedure e proporzioni Programma Nazionale Esiti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2017 (segue)

INDICATORE	Casi	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	76	5,26	4,7	3,55	0,011
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	94	3,19	3,09	1,21	0,74
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	23	4,35	-	-	-
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	557	69,48	69,53	1,5	0
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	178	7,3	5,92	1,01	0,978
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	201	6,47	5,12	1,26	0,438
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	73	1,37	1,14	0,63	0,656
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	605	6,94	7,04	0,69	0,025
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	605	16,69	17,47	0,84	0,055
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	557	83,12	81,58	1,29	0
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	128	2,34	3,09	1,6	0,421

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
 31 OTT 2019 N. 965 PAG. N. 21

Tabella 6. Tempi di attesa. Anno 2017

INDICATORE	Casi	% INTERVENTI	MEDIANA GREZZA	MEDIANA ADJ.
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	37	100	4	4
Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria	27	100	9	-

6.1 IL CONTESTO INTERNO

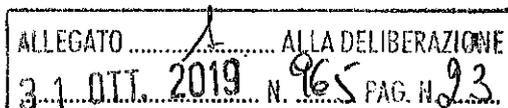
Le scelte aziendali sono comunque influenzate non esclusivamente da vincoli di bilancio, dagli indicatori sanitari ma anche dalle finalità cui l'azienda deve adempiere, ossia l'alta specializzazione, l'emergenza ma anche l'attività tipica di un ospedale cittadino. La popolazione di riferimento è quella della provincia di Perugia qui sotto è riportata la sua distribuzione per distretto di residenza (tabella 7).

Tabella 7 Distribuzione per area di geografica di residenza della popolazione della provincia di Perugia – Fonte ISTAT anni 2019

Area di Residenza	Popolazione	%
Distretto Alto Chiascio	54.062	8,2
Distretto Alto Tevere	76.176	11,6
Distretto del Perugino	193.954	29,5
Comune di Perugia	165.956	25,3
Distretto dell'Assisano	62.158	9,5
Distretto Media Valle del Tevere	55.203	8,4
Distretto del Lago Trasimeno	57.435	8,8
Usl Umbria 1	498.988	76,0
Comuni Provincia di Perugia appartenenti USL Umbria 2	157.394	24,0
Totale	656.382	100,0

Fonte Dati: Istat

6.1 L'AZIENDA IN CIFRE



L'attività di ricovero dell'Azienda Ospedaliera di Perugia per l'anno 2018 si può sintetizzare con i dati riportati nella tabella sottostante (Tabella 8).

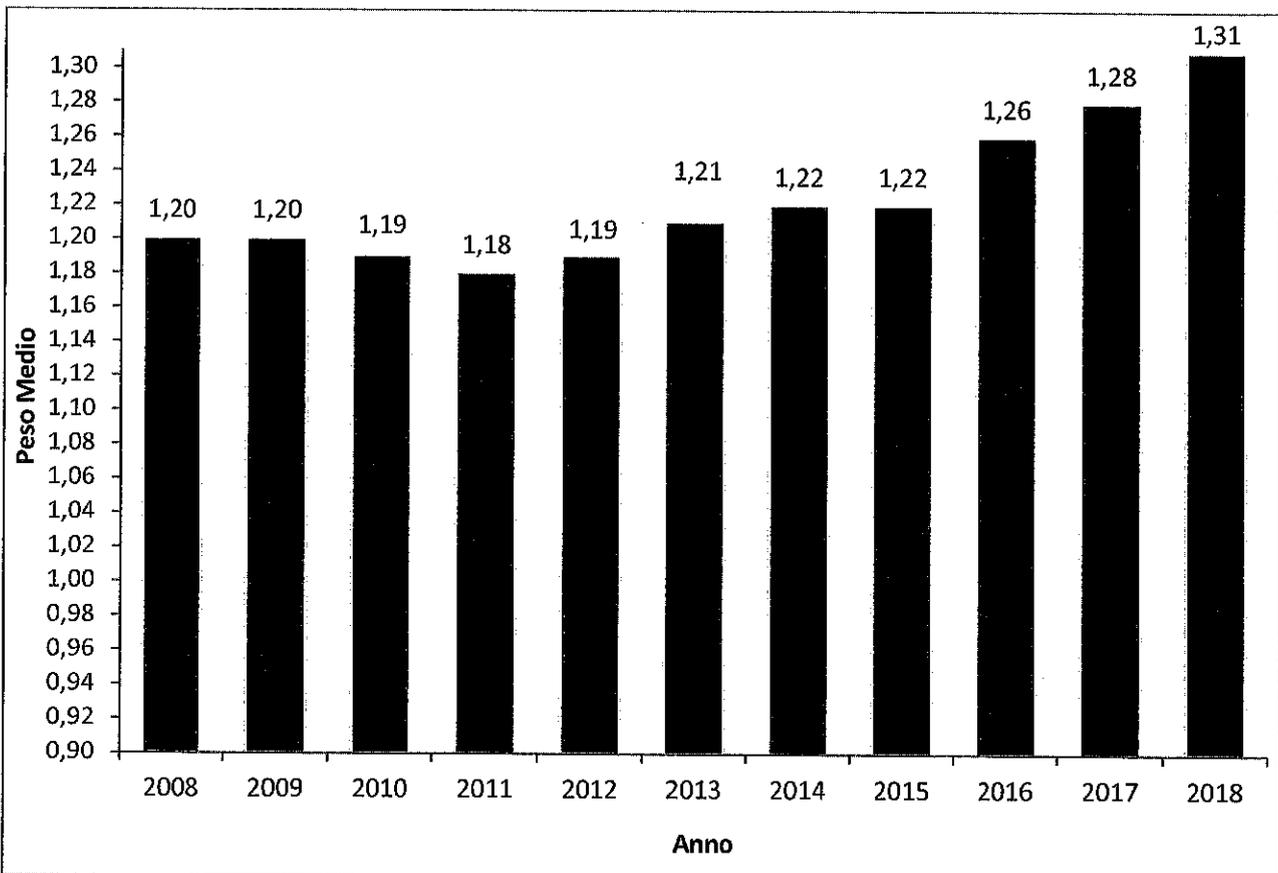
Tabella 8 .Attività di degenza complessiva. Principali indicatori di attività. Anni 2017-2018

DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2017	ANNO 2018	diff.	diff. (%)
Posti Letto	752,7	752,4	-0,3	
Ricoveri (Ammessi, Dimessi, Trasferiti)	37.481	35.639	-1.842	-4,9
Giornate di degenza ricoveri	254.215	248.077	-6.138	-2,4
Giornate di degenza dimessi	253.603	247.263	-6.340	-2,5
Dimessi (Totale SDO)	33.174	31.786	-1.388	-4,2
Dimessi medici 0-2 giorni	5.631	5.024	-607	-10,8
Dimessi chirurgici 0-1 giorno	2.716	2.677	-39	-1,4
Dimessi chirurgici ordinari	11.919	11.750	-169	-1,4
% dimessi con DRG chirurgico sul totale dei dimessi	35,9%	37,0%		1,1%
DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2017	ANNO 2018	diff.	diff. (%)
Numero parti	1.884	1.814	-70	-3,7
Numero parti cesarei	494	424	-70	-14,2
% parti cesarei	26,2%	23,4%		-2,8%
Trapianti	146	138	-8	-5,5
Trapianti rene	13	19	6	46,2
Trapianti midollo osseo	114	105	-9	-7,9
Trapianti cornea	19	14	-5	-26,3
Peso medio DRG	1,28	1,31	0,03	
Peso medio DRG chirurgici	2,01	2,01	0	
Degenza media	7,64	7,78	0,14	
Tasso di utilizzo	92,5%	90,3%		-2,2%
Alta specialità Regione Umbria	3.136	3.141	5	0,2
Medio bassa specialità Usl Umbria 1	25.050	23.861	-1.189	-4,7

Tabella 8. Attività di degenza complessiva. Principali indicatori di attività. Anni 2017-2018 (segue)

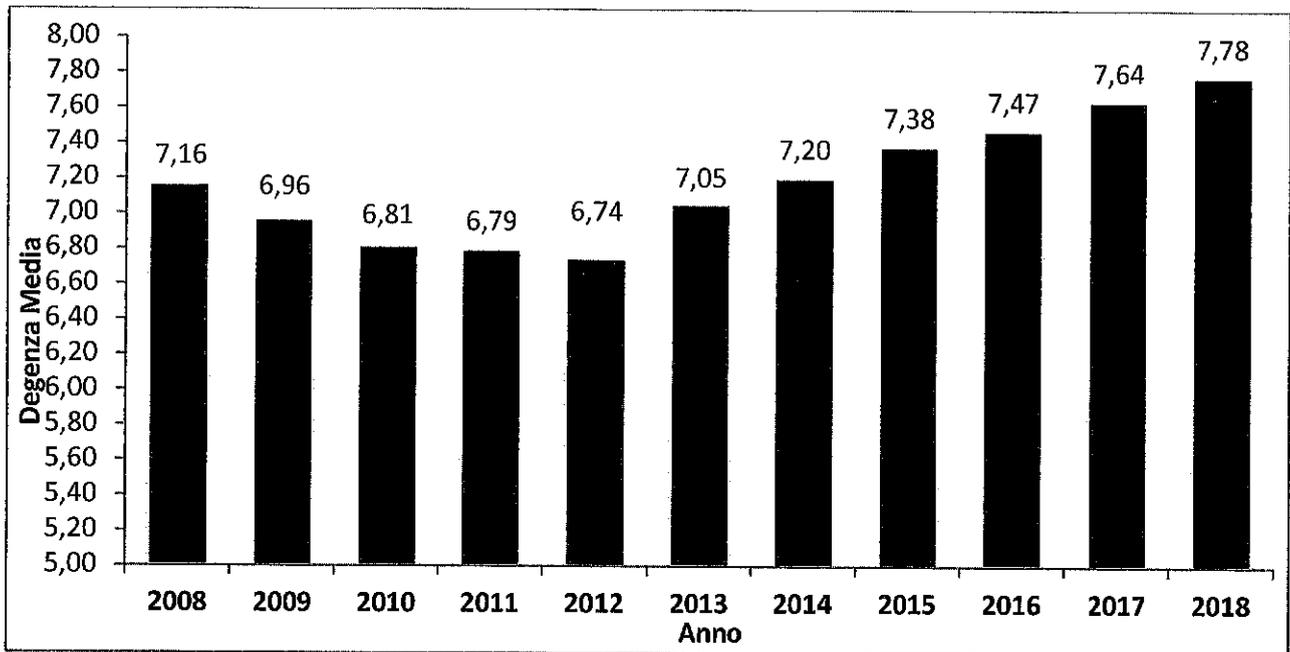
DEGENZA ORDINARIA	ANNO 2017	ANNO 2018	diff.	diff. (%)
Medio bassa specialità Usi Umbria 2	1.801	1.761	-40	-2,2
Alta specialità Fuori Regione	526	499	-27	-5,1
Medio bassa specialità Fuori Regione	2.661	2.524	-137	-5,1
DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	ANNO 2017	ANNO 2018	diff.	diff. (%)
Posti Letto	51,5	52,0	0,53	
Dimessi Day Hospital/Day Surgery	5.533	5.670	137	2,5
Ricoveri con DRG chirurgico	3.150	3.094	-56	-1,8
% DRG chirurgici sul totale dei dimessi DH/DS	56,9%	54,6%		-2,4%

Fonte archivio SDO

Figura 5. Peso Medio per tipo di DRG in regime ordinario. Anni 2008-2018


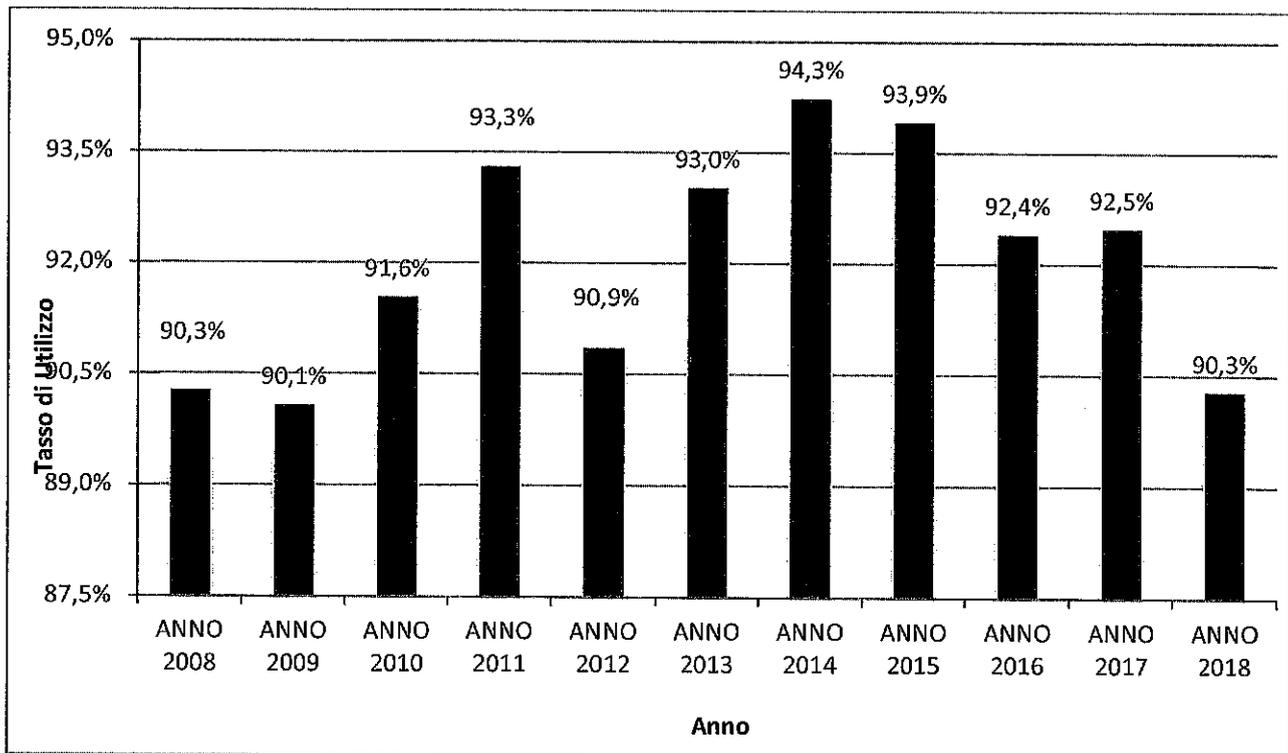
Nella figura 6 è descritto l'andamento della degenza media nel periodo 2008-2018 che mette in risalto, negli ultimi sei anni, un lieve ma progressivo aumento di essa, dopo un quadriennio (2009-2012) di progressiva riduzione.

Figura 6. Degenza media in regime ordinario. Anni 2008-2017



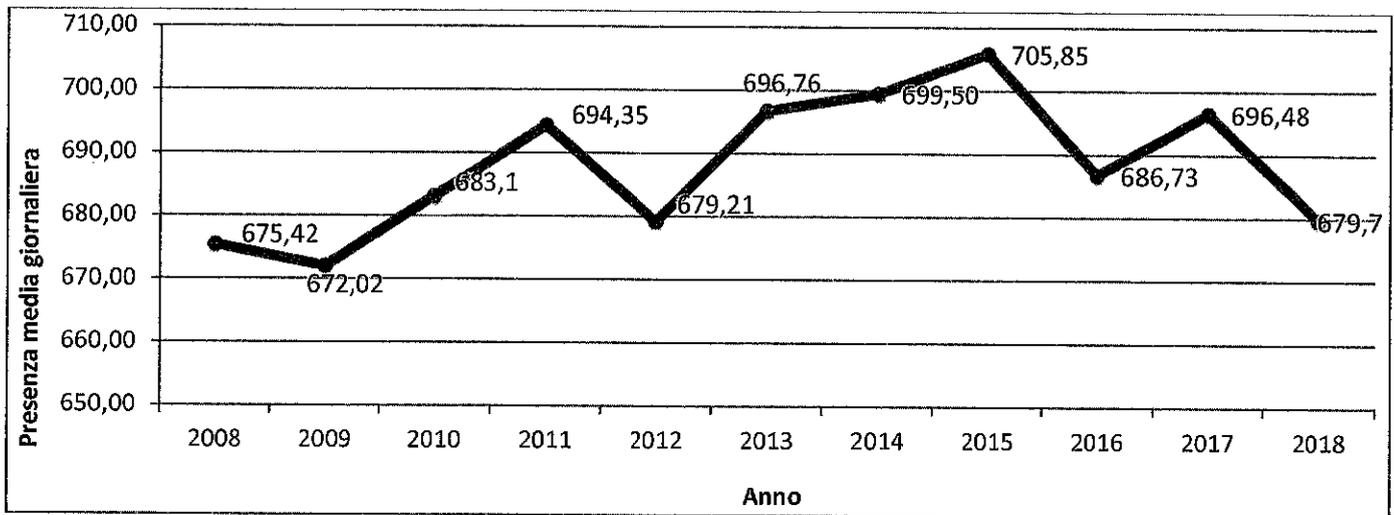
Il Tasso di utilizzo dei posti letto (Figura 7) evidenzia una flessione rispetto all'anno precedente.

Figura 7. Tasso di utilizzo del posto letto. Anni 2008-2018



La presenza media giornaliera si attesta per l'anno 2018 a 680 pazienti circa al giorno (Figura 8).

Figura 8. Presenza media giornaliera. Anni 2008 – 2018



L'analisi della tabella 9 mostra come in quasi tutti i Dipartimenti si sia verificata una riduzione dell'attività di ricovero complessiva fatta eccezione per il Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Specialistica 1 (+74), in cui ha contribuito in maniera decisiva l'aumento dei day hospital della Reumatologia (nell'anno 2017 furono attivati solamente nel secondo semestre). Si mette in evidenza come gli aumenti più significativi di attività si siano registrati nelle strutture di: Clinica Neurologica, Neurochirurgia, Clinica Pediatrica e Chirurgia Maxillo – Facciale.

L'attività di ricovero svolta all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è rivolta principalmente a residenti dell'ASL Umbria 1 (82,9%). Il restante 17,1% è così suddiviso: 7,1% per residenti nell'ASL Umbria 2, 8,5% per pazienti provenienti da fuori regione e il rimanente 1,5% per cittadini stranieri. I residenti dell'ASL Umbria 1 provengono principalmente dal Distretto del Perugino (58,6%) seguiti da quelli residenti nel Distretto del Lago Trasimeno (13,4%) e da quelli provenienti dalla Media Valle del Tevere (11,0%). Importante rilevare come nel corso del tempo l'Azienda Ospedaliera di Perugia stia cercando di ridurre il volume di attività di ricovero in regime ordinario, in modo tale da poter recuperare giusti livelli di appropriatezza; per far sì nel corso degli ultimi anni sono state istituite alcune osservazioni brevi di tipo specialistico (pronto soccorso, pediatrica, urologica, chirurgica e internistica) affinché i pazienti possano essere inseriti nei percorsi e nei setting assistenziali più appropriati.

Nella tabella 9 vengono presentati i dati dell'attività, in percentuale, di ricovero dell'anno 2018 scomposti per provenienza e dipartimento di dimissione, da dove si evince (valutando anche i numeri assoluti) come le attività per pazienti provenienti da fuori regione siano percentualmente più importanti nel Dipartimento di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e in quello di Scienze Chirurgiche.

Tabella 9 Scomposizione percentuale per provenienza e Dipartimento di dimissione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anno 2018

STRUTTURA DI DIMISSIONE	USL UMBRIA 1		USL UMBRIA 2		FUORI REGIONE		STRANIERI		TOTALE	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	1.225	1.155	82	64	95	96	14	21	1.416	1.336
DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	6.226	5.922	469	517	526	526	66	51	7.287	7.016
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ONCO EMATO GASTROENTEROLOGICHE	2.250	2.241	360	350	587	576	91	80	3.288	3.247
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	3.841	3.832	472	471	450	407	70	68	4.833	4.778
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	6.080	5.860	426	420	332	360	256	184	7.094	6.824
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	2.988	3.023	158	160	145	187	30	25	3.321	3.395
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	3.105	2.811	193	196	179	156	47	43	3.524	3.206
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	5.750	5.578	500	443	880	826	83	76	7.213	6.923
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	40	43	13	18	15	9	0	1	68	71
UNITA' DEGENZA INFERMIERISTICA	589	600	34	29	28	27	12	4	663	660
TOTALE AZIENDA	32.094	31.065	2.707	2.668	3.237	3.170	669	553	38.707	37.456

Fonte Archivio SDO

L'alta specialità rappresenta per un'azienda ospedaliera un fattore qualificante soprattutto in una azienda come quella di Perugia, che non solo rappresenta l'ospedale di riferimento per la regione, ma si pone come uno dei maggiori complessi sanitari compresi tra Roma e Firenze. L'attività di alta specialità nell'Azienda Ospedaliera di Perugia rappresenta l'11,5% dell'attività in regime ordinario ed è maggiormente concentrata nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, Neuroscienze ed Organi Sensoriali e in quello di Emergenza e Accettazione (tabella 10). In quest'ultimo dipartimento l'attività di alta specialità riguarda il 28% circa dell'attività totale in regime ordinario (tabella 11), mentre nei dipartimenti di Scienze Cardio Toraco Vascolari, di Scienze Onco Emato Gastroenterologiche e di Neuroscienze ed Organi Sensoriali e Dipartimento di Scienze Chirurgiche e varia tra il 14,0% e il 28,5%.

Tabella 10. Attività di alta specialità (regime ordinario) nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2016 – 2018.

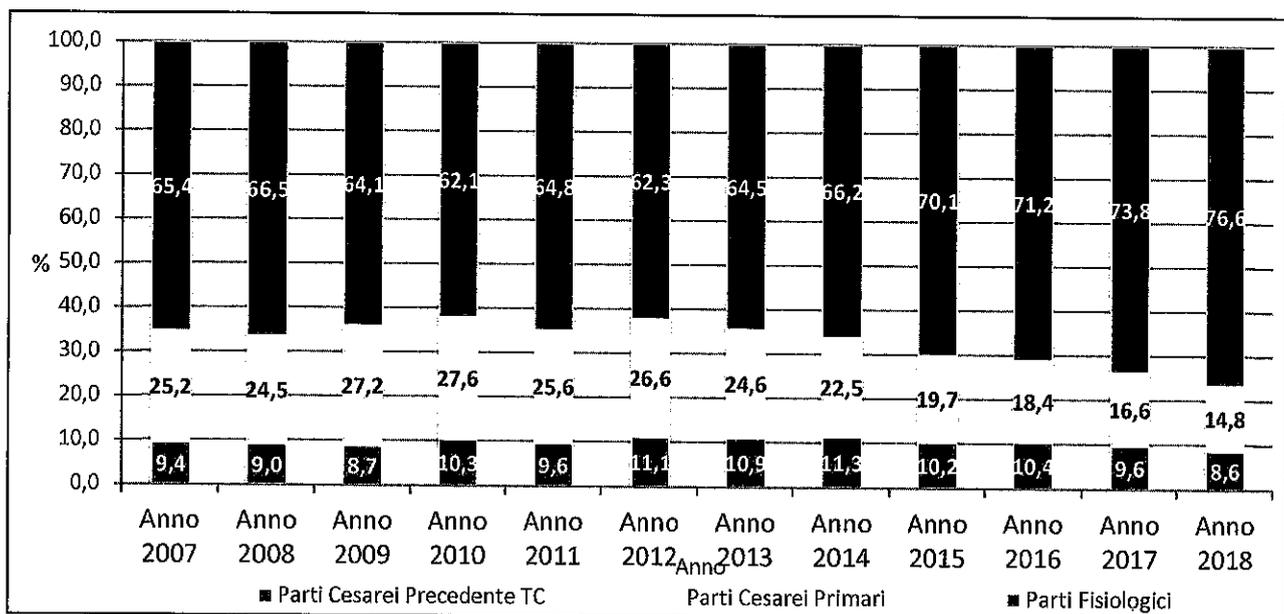
STRUTTURA DI DIMISSIONE	ALTA SPECIALITA'		RICOVERI ORDINARI		ALTA SPECIALITA'	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	358	347	1.288	1.217	27,8	28,5
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO TORACO VASCOLARI	1.008	1.073	6.848	6.593	14,7	16,3
DIPARTIMENTO DI SCIENZE EMATO GASTROENTEROLOGICHE	341	388	1.894	1.851	18,0	21,0
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE ED ORGANI SENSORIALI	518	503	3.732	3.583	13,9	14,0
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	247	234	6.276	5.969	3,9	3,9
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 1	131	113	3.099	3.028	4,2	3,7
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA SPECIALISTICA 2	131	130	3.391	3.064	3,9	4,2
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	928	852	5.915	5.749	15,7	14,8
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI LABORATORIO	0	0	68	71	0,0	0,0
ALTRE STRUTTURE	0	0	663	661	0,0	0,0
TOTALE AZIENDA	3.662	3.640	33.174	31.786	11,0	11,5

Fonte Archivio SDO

Nell'anno 2018 sono stati eseguiti 20.237 tra interventi chirurgici (regime ordinario e day surgery), procedure ambulatoriali, quali interventi di cataratta, tunnel carpale, iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche, laser a eccimeri e interventi otorinolaringoiatrici, e DRG medici con impegno di risorse equivalenti ai DRG chirurgici. L'anno 2018 ha visto il consolidamento di quanto avviato negli anni precedenti, ovvero la delocalizzazione degli interventi chirurgici, infatti, nel 2016, sono stati siglati con l'ASL Umbria 1 protocolli d'intesa interaziendali per l'espletamento di attività di chirurgia pediatrica presso il presidio ospedaliero di Assisi, di chirurgia otorinolaringoiatrica presso il presidio ospedaliero di Pantalla, di chirurgia ginecologica presso il presidio di Castiglione del Lago, e di attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per lo scompenso cardiaco presso il presidio ospedaliero di Assisi. Questa joint venture tra le due aziende ha portato per l'ospedale di Perugia ha contribuito, in parte, a una contrazione degli interventi chirurgici ma ha dato risposte sul fronte delle liste d'attesa. Infatti questo nuovo tipo di collaborazione tra Azienda ospedaliera e Azienda territoriale, la creazione di un "pool di professionisti itineranti" che spostandosi da un struttura di un presidio a una di un altro può contribuire allo sviluppo di una cultura dell'integrazione e della multidisciplinarietà, garantendo comunque l'applicazione di percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali appropriati ed idonei per il paziente e inoltre come già sottolineato in precedenza a concorrere all'annoso problema dell'abbattimento delle liste di attesa chirurgica. La ratifica del protocollo d'intesa rientra inoltre nello sviluppo di strategie condivise che favoriscano il contenimento della mobilità passiva extraregionale, attraverso una rete integrata delle attività dei diversi Presidi

Ospedalieri, con particolare riferimento alle prestazioni di ricovero di Ortopedia e Protesi Ortopediche, Oncologia chirurgica e medica, Chirurgia Pediatrica e Riabilitazione. Questo nuovo modello può rappresentare sicuramente un nuovo passo verso la reale integrazione Ospedale – Territorio che potrà portare benefici a entrambe le parti. Inoltre sempre nel 2016 l’Azienda Ospedaliera di Perugia ha stipulato dei protocolli d’intesa interaziendali anche l’ASL Umbria 2 per l’espletamento nel presidio ospedaliero di Foligno delle attività di chirurgia maxillo – facciale, chirurgia vascolare e per la radioterapia intraoperatoria (IORT), per rispondere al meglio alle esigenze assistenziali della popolazione dei territori di competenza attraverso la riduzione della mobilità passiva e per un utilizzo ottimale dei servizi nella rete regionale ospedaliera, sia in termini di spazi che di risorse umane. Nel 2018 ci sono stati nell’Azienda Ospedaliera di Perugia 1.814 parti, in calo del 3,7% rispetto all’anno precedente ma in linea con la tendenza nazionale (fonte Istat: 458.151 nel 2017). L’anno 2017 ha però messo in evidenza un aumento della percentuale dei parti fisiologici (76,6% contro il 73,8% dell’anno precedente) e di conseguenza una diminuzione dei tagli cesarei (23,4% nel 2018) e in particolare dei cosiddetti parti cesarei primari che passano dal 16,6% del 2017 al 14,8% del 2018 (figura 9). La performance dell’anno 2017 è sicuramente positiva se confrontata con i dati del Rapporto Annuale sull’Attività di Ricovero Ospedaliero del Ministero della Salute (dati riferiti all’anno 2016) che vedono la percentuale dei tagli cesarei in Italia pari al 34,9% e del 28,8% in Umbria e quella dei parti cesarei primari del 21,7% in Italia e del 18,5% in Umbria.

Figura 9. Scomposizione percentuale dei parti fisiologici e dei parti cesarei primari e con precedente TC. Anni 2007 – 2018



L'Azienda Ospedaliera di Perugia continua a essere un "Ospedale Donna", che per il decimo anno si è visto assegnare, da una commissione di esperti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDA) i 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per la presenza di servizi nell'ambito di specialità di maggiore rilievo clinico ed epidemiologico per la popolazione femminile, per l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico, per i servizi, e per l'accoglienza delle pazienti e per la tutela della loro dignità.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è distinta nel corso dell'anno per molteplici eventi che ancora di più hanno identificato la nostra azienda come Ospedale Aperto; oltre alle rianimazioni aperte con orari molto flessibili per i visitatori si ricorda l'attività di pet-therapy soprattutto in Oncoematologia Pediatrica, clown in corsia, cinema per i pazienti psichiatrici, laboratorio di medicina narrativa. Tutte queste iniziative, insieme a tutte le altre che saranno intraprese nel corso dell'anno 2020 fanno sì che l'Azienda Ospedaliera di Perugia sia sempre più un ospedale con il cittadino al centro del sistema, dove umanizzazione e cura si fondono in un connubio imprescindibile per rispondere sempre più alle esigenze dell'utenze e alle trasformazioni del SSN.

Una attività che caratterizza di sicuro una Azienda Ospedaliera è quella trapiantologica e presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata individuata dal 15/03/2013 la Struttura Regionale di Riferimento per i Trapianti (SRRT) dotata di un proprio regolamento, di protocolli operativi (secondo le indicazioni del Centro Nazionale Trapianti) e di idonee risorse umane e strumentali. Attualmente in azienda vengono effettuate tre tipologie di trapianto: renale, midollo osseo e cornea. Nel 2018 si sono stati eseguiti 138 trapianti (146 nel 2017) di cui 105 di midollo osseo (65 autologi e 40 allogeneici), 19 di rene e 14 di cornea.

Nell'anno 2018 al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia vi sono stati 60.247 accessi (165 accessi medi giornalieri. Il dato che maggiormente salta agli occhi è che ci si è rivolti, principalmente al Pronto Soccorso per casi di medio – bassa gravità, infatti il 69,0% degli accessi sono quelli relativi al codice verde, mentre un altro 10,4% è rappresentato dai codici bianchi (tabella 11).

Tabella 12. Attività di triage di Pronto Soccorso. Anno 2018

Codice	Num	%
Rosso	1.318	2,2
Giallo	9.210	15,3
Verde	41.582	69,0
Bianco	6.292	10,4
Ex Urgenze da reparto	1.845	3,1
Totale	60.247	100,0

Fonte First Aid

Questi dati servono sicuramente a far riflettere e soprattutto a far pensare a una diversa organizzazione della rete territoriale, perché così facendo si continuerà a congestionare la porta d'accesso dell'ospedale di riferimento regionale con accessi che con molta probabilità non sarebbero nemmeno dovuti arrivare al Pronto Soccorso. In un'ottica di recupero dell'appropriatezza del ricovero l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ormai messo in campo da anni di forme alternative al ricovero ospedaliero.

Tabella 12. Attività di Osservazione Breve. Anni 2017 – 2018

Osservazione Breve	Dimesso		Ricoverato		Dimissione Volontaria		Altro		Totale	
	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2018
Pronto Soccorso	1.066	1.537	158	392	153	104	4	8	1.381	2.041
Internistica	1.239	1.095	286	335	30	19	3	7	1.558	1.456
Chirurgica	953	807	621	424	94	52	17	4	1.685	1.287
Urologica	750	764	223	199	70	42	3	3	1.046	1.008
Pediatria	1.598	1.862	477	579	18	37	18	48	2.111	2.526
Totale	5.606	6.065	1.765	1.929	365	254	45	70	7.781	8.318
% esito	72,0	72,9	22,7	23,2	4,7	3,1	0,6	0,8	100,0	100,0

Questo processo di ridefinizione di risorse e di setting assistenziali innovativi, resi necessario per regolamentare i flussi dei pazienti sia in entrata che in uscita, ha portato nel maggio del 2015, con Deliberazione del Direttore Generale n.770 del 04/05/2015 alla attivazione dell'Unità di Degenza Infermieristica (660 dimessi nell'anno 2018); tale azione nasce non solo dall'esigenza di garantire la continuità assistenziale a quei soggetti che terminato il percorso clinico acuto non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio ma anche per poter migliorare l'utilizzo dei posti letto in area medica, ottimizzando la degenza media, l'appropriatezza dei ricoveri al fine ridurre anche il fenomeno dei letti aggiunti, senza dimenticare il tentativo di integrare le strutture ospedaliere con quelle territoriali condividendo percorsi assistenziali integrati per le dimissioni protette. Nello stesso periodo, con Deliberazione del Direttore Generale n.930 del 05/06/2015 viene cessata la Struttura Complessa di Medicina Interna e Scienze Oncologiche e i posti letto nella sua dotazione assegnati in egual misura alla Struttura Complessa di Medicina Interna e a quella di Medicina Interna, Vascolare e d'Urgenza – Stroke Unit sotto forma di letti tecnici di osservazione breve. Tali sforzi organizzativi sono possibili solamente grazie alla predisposizione al cambiamento e a una forte volontà di cambiare rotta in direzione di quelli che sono non solo i nuovi modelli, ma soprattutto per garantire sempre al cittadino – utente il giusto e corretto

intervento fornito nei modi e nei tempi adeguati sulla base degli standard riconosciuti con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi

7. IL BILANCIO



La tipologia dei ricavi dell'Azienda Ospedaliera di Perugia rimane sostanzialmente imperniata sulle consuete categorie della mobilità sanitaria, dei contributi in conto esercizio dalla Regione e delle così dette entrate proprie. Il sistema di remunerazione per le strutture erogatrici del sistema sanitario regionale prevede infatti l'assegnazione di una quota a mandato, per specifiche funzioni, più il finanziamento a prestazione della restante attività sia che venga resa alle aziende territoriali regionali (in base ad accordi che devono definire i volumi di attività ed i relativi corrispettivi, sulla base delle tariffe vigenti e secondo regole mirate a garantire l'equilibrio del sistema e la qualità ed appropriatezza dell'assistenza) sia che venga rivolta a cittadini di provenienza extraregionale. I ricavi per **Contributi in c/esercizio**, che ammontano a € 71.861.581,71 nel 2018, in incremento rispetto al precedente esercizio in cui tale voce assommava ad € 70.952.831,57). La **mobilità sanitaria extraregionale** nel 2018 ha registrato un fatturato di € 22.512.083,72 contro un volume di € 21.445.481,51 del 2017 facendo segnare un decremento di € 1.066.602,21. Per quanto attiene l'area della **mobilità sanitaria regionale**, che costituisce la principale posta di ricavo per l'Azienda ospedaliera di Perugia, rispetto al 2018 (anno in cui il tetto dell'attività era di € 191.511.477,00) non si registrano sostanziali variazioni. In particolare è da segnalare che:

- La Regione dell'Umbria con la DGRU n. 1252 del 13/10/2017 avente ad oggetto *"Indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2018"* ha fissato il tetto complessivo per gli accordi di mobilità intraregionale in € 191.511.477,00. Tale tetto non è stato modificato dalle delibere della giunta regionale che sono successivamente intervenute sul finanziamento 2018 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.
- La mobilità sanitaria regionale extra Global Budget nel 2018 è risultata ammontare ad € 3.114.124,99.

Sempre in ambito regionale, i dati della mobilità sanitaria confermano anche il fatto che l'Azienda Ospedaliera di Perugia funge, per il territorio della ex ULSS PG 3, da ospedale di comunità; infatti mentre nei confronti della USL Umbria 2 l'elevata complessità rappresenta una quota considerevole del fatturato (35,7%), nei riguardi della USL Umbria 1 tali prestazioni costituiscono circa il 23,6% del totale mentre hanno un peso maggiore le prestazioni di medio-bassa specialità.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia nel 2017 ha prodotto, per mobilità sanitaria nei confronti delle aziende territoriali della Regione, un fatturato complessivo di € 206.971.987, (€ 203.857.862,39 per le prestazioni comprese nel Global Budget e € 3.114.124,99 per l'attività fuori global budget. Il tetto di global

budget assegnato dalla Regione è stato ampiamente superato nei confronti di entrambe le USL regionali. Per effetto dei tetti di attività fissati dalle disposizioni regionali, a fronte dell'attività fatturata, l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha percepito una remunerazione di € 194.625.601,99 (€ 191.511.477,00 da global budget e € 3.114.124,99 fuori global budget con una penalizzazione complessiva di € 12.346.385,39 pari al 6,5% dell'attività svolta nell'ambito del Global Budget. Le entrate proprie, nel loro complesso hanno raggiunto l'ammontare di circa 19,3 milioni di euro; la voce dei costi capitalizzati si è invece attestata sull'importo di € 10.182.610,29.

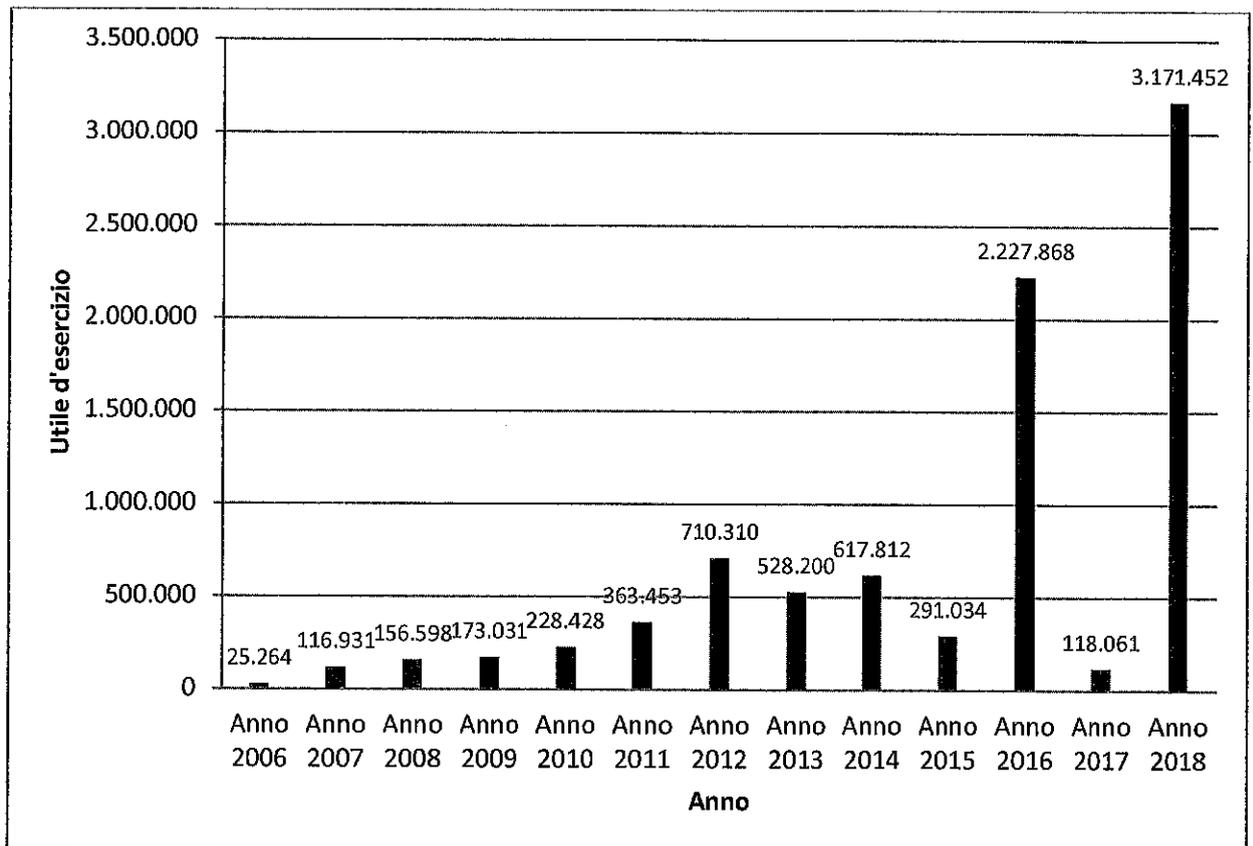
I costi complessivi dell'esercizio 2018 sono risultati ammontare ad € 332.889.236,00 segnando un aumento di € 12.055.816 (+ 3,8%) rispetto al bilancio di esercizio del 2017 (€ 320.833.421). Le voci di costo che, in valori assoluti, hanno manifestato gli incrementi più significativi sono gli acquisti di beni sanitari, il personale ed il godimento di beni di terzi.

In particolare, per quanto attiene il fattore produttivo del personale, l'Azienda, nella gestione, si è attenuta ai vincoli disposti dalla normativa nazionale e regionale e, a conclusione dell'esercizio, si è registrato un onere, al netto dell'IRAP, di € 138.085.674,64. Si rileva pertanto un incremento del fabbisogno complessivo per l'anno 2018 pari a € 3.640.123,00 (2,7%) rispetto all'esercizio precedente (€ 134.445.551,14). Tale decremento può essere attribuito al fatto che nonostante vi sia stato un aumento in valori assoluti di unità di personale a fine anno, si sono pagate un numero proporzionalmente inferiore di unità in valori assoluti; questo effetto trova la sua causa nel momento in cui le assunzioni avvengono a fine anno e le cessazioni ad inizio anno mentre nell'anno precedente era avvenuto l'esatto contrario.

I beni sanitari con un ammontare complessivo di € 102.226.163,46 costituiscono, nel 2018, il 30,7% dei costi della produzione e segnano un incremento rispetto al 2017 (ove il costo era di € 97.493.298,91) di € 4.732.864,55 pari a + 4,9%.

L'esercizio 2018 si è chiuso con un utile di € 3.171.451,89. Tale risultato conferma l'equilibrio dei conti aziendali che per il tredicesimo anno consecutivo fanno registrare un risultato positivo (Figura 10).

L'area straordinaria nel 2018 ha avuto un impatto determinante sul conto economico a seguito di sopravvenienze attive determinate principalmente da finanziamenti regionali della GSA relativi ad anni pregressi e di insussistenze attive relative alla revisione di vari accantonamenti afferenti sia all'area dei fondi rischi per liti, arbitraggi e contenzioso per personale dipendente sia relativi ad accantonamenti effettuati negli anni 2012 e 2013 per far fronte agli oneri dei Centri di Riferimento Regionale, oneri che alla data attuale hanno trovato definizione a carico dei ordinari finanziamenti aziendali. Contestualmente va evidenziato che l'Azienda ha stornato ad investimenti, ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. 118/2011, contributi in c/esercizio per un importo complessivo di € 1.500.000,00.

Figura 10. Utile d'esercizio Azienda Ospedaliera di Perugia. Anni 2006 – 2018


Fonte: Direzione Contabilità e Bilancio

8. COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE, PROGRAMMAZIONE ECONOMICA – FINANZIARIA E SISTEMA DI BUDGETING

In premessa si è evidenziato come il Piano della Performance sia uno degli strumenti previsti dal D.Lgs n. 150/2009 per valutazione della performance; l'articolo 5 comma 1 (obiettivi definiti in coerenza con quelli del bilancio) e l'articolo 10 comma 1 lettera a) (adozione di un documento denominato piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della performance finanziaria e di bilancio dove siano individuati indirizzi e obiettivi strategici e operativi) del suddetto decreto stabiliscono quindi i paletti all'interno di cui ci si debba muovere per definire il piano della performance in maniera integrata con il processo di programmazione, con il sistema di budgeting e con il bilancio di previsione. Il ciclo di gestione della performance deve essere strutturato in modo tale che gli obiettivi assegnati siano correlati e collegati alla pianificazione strategica. Le principali componenti per poter gestire il ciclo sono quindi: il bilancio di previsione annuale, linee strategiche di indirizzo, piano della performance e sistema di budgeting per l'assegnazione degli obiettivi per le singole strutture.



8.1 BILANCIO ANNUALE DI PREVISIONE E BILANCIO DI ESERCIZIO

L'Azienda Ospedaliera di Perugia con Deliberazione del Direttore Generale n. **29 del 30/04/2018** ha approvato il Bilancio di Esercizio anno 2018 e con Deliberazione del Direttore Generale n. **2.345 del 03/12/2018** ha adottato il bilancio preventivo economico dell'anno 2019 e del programma triennale dei **lavori**. Per la redazione di quest'ultimo è stata recepita la Deliberazione della Giunta Regionale n. **1195 del 29/10/2018** in cui erano contenuti gli indirizzi vincolanti per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2019. Il monitoraggio degli scostamenti rispetto al bilancio di previsione viene effettuato tramite strumenti contabili quali modelli ministeriali – regionali CE per il Conto Economico, report di monitoraggio mensile della spesa del personale e alcuni report di contabilità analitica per centro di costo con particolare interesse ai consumi di farmaci, presidi e diagnostici.

8.2 LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO

Le linee strategiche d'indirizzo espongono gli obiettivi strategici aziendali da perseguire e da ribaltare alle strutture coinvolte nel processo di budgeting (vedi paragrafo 10 del presente piano delle performance).

8.3 PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della Performance è lo strumento di collegamento tra gli obiettivi strategici, che si intende perseguire, contenuti nel bilancio annuale di previsione, gli obiettivi assegnati dalla Regione dell'Umbria e il processo di budget aziendale. Gli obiettivi che sono riportati nel piano della performance rappresentano l'architrave su cui costruire e sviluppare il processo di budgeting per l'anno successivo. Essi devono essere costruiti per misurare la performance della struttura cui sono stati assegnati, inoltre devono essere collegati al sistema di valutazione e incentivazione del personale. Le prerogative fondamentali di tali obiettivi sono l'oggettività e la misurabilità, devono essere infine costruiti per essere raggiungibili.

8.4 PROCESSO DI BUDGETING

Una gestione aziendale efficace, efficiente e sostenibile richiede il potenziamento delle procedure del Controllo di Gestione con un'implementazione in progress del processo di budget e l'introduzione di sistemi operativi di "governo clinico". Si rende infatti indispensabile, assicurare strumenti gestionali atti a sviluppare le azioni necessarie per costruire una organizzazione flessibile in grado di garantire la pronta e tempestiva adozione delle continue innovazioni organizzative e gestionali del Sistema Sanitario Regionale. La programmazione per "budget", quale guida per l'organizzazione delle attività aziendali, prevede

l'individuazione di obiettivi e risorse, all'interno di ben definite compatibilità istituzionali e finanziarie, il tutto finalizzato a una maggiore responsabilità dei dirigenti e al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Il processo di budgeting è quindi quel processo che annualmente definisce gli obiettivi che ogni struttura deve perseguire.

Il budget è il momento dei "patti chiari" tra il top management e le sue articolazioni, in questa occasione si innesca una negoziazione – condivisione di obiettivi e risultati da raggiungere, valutando da entrambe le parti quali siano i passi da percorrere per raggiungere ciò che ci è posto come target. Il budget assegnato è sintetizzato in apposite schede dove gli obiettivi vengono suddivisi per dirigenza e comparto e a cui vengono assegnati dei pesi; esso rappresenta il primo momento della valutazione del personale. I risultati ottenuti saranno poi collegati con il sistema di valutazione e di incentivazione del personale dell'azienda al fine di corrispondere il giusto premio a ogni dipendente.

9 VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia la performance dei principali indicatori viene monitorata costantemente attraverso un sistema di reporting sia verso il top management che verso le Strutture in modo tale da poter avere sempre un feedback tra gli attori del sistema azienda. Tale strumento da solo però non basta, perché senza un standard a cui avvicinarsi, un *goal* da realizzare, i dati sarebbero solo sterili numeri senza un apparente significato e proprio per questo affianco al sistema di monitoraggio dei principali indicatori di attività, di efficacia, efficacia, appropriatezza, esito, qualità e processo è stato costruito il processo di budgeting. Grazie ad esso i numeri che derivano dagli indicatori assumono un significato più ampio perché essi non solo descrivono un andamento, una tendenza ma si paragonano e si raffrontano con uno standard, consentono operazioni di benchmark tra unità omologhe dell'azienda stessa non al fine di creare graduatorie, ma per migliorare la performance dell'unità stessa e di conseguenza dell'Azienda nel suo complesso. Solamente avendo sistemi che permettono dei confronti consente nell'ambito di una "sana competizione" il miglioramento e in un momento storico come questo dove l'attenzione su indicatori ed esiti si fa più stringente ben venga che all'interno delle aziende sanitarie si sviluppino strumenti non solo atti alla misurazione della performance ma utili alla valorizzazione dell'individuo e dell'organizzazione di cui esso fa parte. Le linee guida di riferimento sono:

- a) Decreto Legislativo n. **150/2009** "Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- b) Delibera della Giunta Regione Umbria n. **52/2012** definizione di indirizzi unitari per le aziende sanitarie sull'adozione di sistemi di valutazione del personale;
- c) Decreto del Presidente della Repubblica n. **105/2016** valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni;

- d) Linee Guida per il Piano della Performance – Ministeri n.1 Giugno 2017;
- e) Deliberazioni del Direttore Generale n.68 e n.69 del 15 Gennaio 2014 definizione del processo e la metodologia di valutazione del personale della dirigenza e del comparto.

Per meglio inquadrare i concetti di performance si riportano le seguenti definizioni:

Performance organizzativa: è il livello di performance ottenuto dall’Azienda Ospedaliera di Perugia, ossia dai singoli Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici ed Uffici di Staff in cui essa si articola. Essa è valutata attraverso gli obiettivi assegnati alla struttura (dirigenza e comparto) e inseriti nella scheda di budget.

Performance individuale: è il livello di performance ottenuto da ogni singolo dipendente, valutato attraverso un questionario di autovalutazione che poi verrà a sua volta rivalutato dal valutatore (direttore di struttura, coordinatore, posizione organizzativa).

Ciclo della performance: è il processo aziendale con cui vengono definiti gli obiettivi attraverso i quali si misura, valuta e rendiconta la performance. Le principali fasi del ciclo della performance sono la misurazione (analisi dagli scostamenti dei risultati dagli standard prefissati), valutazione (raffronto dei risultati ottenuti in base alla misurazione e pesatura del raggiungimento), rendicontazione (trasmissione con cadenza periodica degli esiti dell’attività di misurazione).

10.OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici che la Direzione strategica intende perseguire sono:

- a) monitoraggio con cadenza mensile delle performance assistenziale, secondo indicatori bersaglio MeS e PNE – AGENAS;
- b) monitoraggio dei volumi minimi di attività: soglie minimi previste da DM 70/2015;
- c) monitoraggio attrattività extra regionale, con particolare riguardo all’attività di alta complessità;
- d) monitoraggio attività di alta complessità;
- e) appropriatezza del consumo di farmaci e dispositivi medici;
- f) attuazione delle politiche sulla trasparenza e anticorruzione;
- g) rafforzamento del processo di valorizzazione dei Dipartimenti: rendicontazione analitica delle attività e dei processi organizzativi e di produzione;

- h) rafforzamento del sistema aziendale del governo clinico con la collaborazione di AGENAS;
- i) implementazione del processo di internal auditing;
- j) adozione del piano di comunicazione aziendale;
- k) processi e procedure per l'acquisto di tecnologie (HTA);
- l) promozione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- m) sviluppare competenze digitali tra gli operatori;
- n) rafforzamento dei protocolli interaziendali con le aziende territoriali;
- o) cruscotto direzionale attraverso lo sviluppo di un software di consultazione, per la direzione strategica e le strutture complesse, dell'attività di ricovero, dell'andamento del budget e tutti gli indicatori misurabili e collegabili ai database aziendali;
- p) coinvolgimento della rete dei referenti per il monitoraggio e controllo rischio infettivo ed infezioni correlate all'assistenza;
- q) produzione di un progetto (modello Master Plan) di miglioramento, clinico, assistenziale, organizzativo e gestionale;
- r) Consolidamento e monitoraggio modello assistenziale Primary Nursing e avvio del modello assistenziale infermieristica per settori;
- s) Rafforzamento adesione procedure aziendali sulla sicurezza delle cure;
- t) Monitoraggio e controllo del rischio infettivo e delle Infezioni correlate all'assistenza.

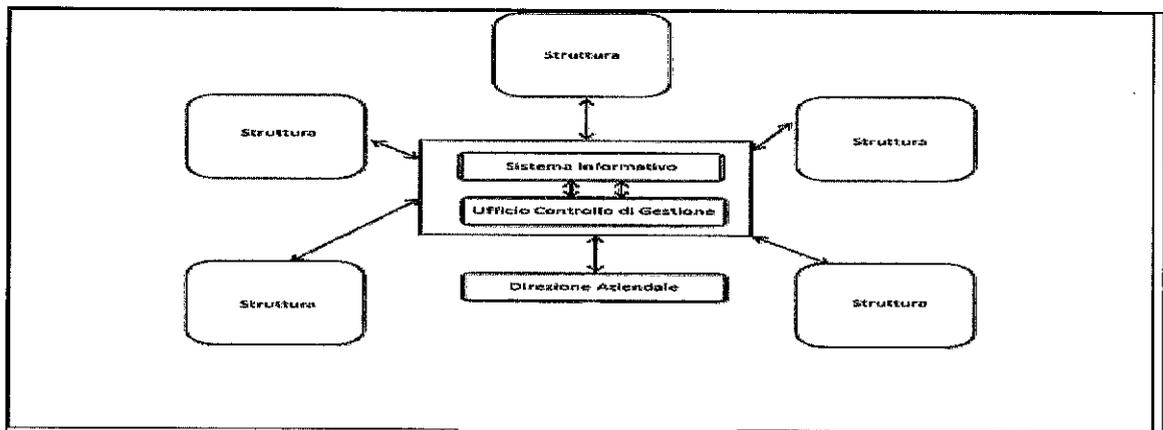
10 PROCESSO AZIENDALE DI BUDGETING

11.1 NEGOZIAZIONE E CONDIVISIONE DEL BUDGET D'ESERCIZIO

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, attua il processo di budgeting inteso come principale strumento d'integrazione tra i diversi processi aziendali. Il modello adottato per il Controllo di Gestione dall'Azienda Ospedaliera di Perugia, non si limita alla sola analisi della performance economica/finanziaria ma, attraverso questa metodologia, ha previsto, a sostegno del "governo clinico", un sistema di monitoraggio, individuando un insieme di indicatori di processo e di esito delle prestazioni erogate per migliorarne continuamente l'appropriatezza e l'efficacia delle stesse. Il processo di budgeting è il punto di cardine attraverso il quale sono assegnate le risorse, delineate le linee strategiche e gli obiettivi, previsti in ambito nazionale, regionale e aziendale, il top management pianifica su base annuale e con assegnazione mirata alle diverse articolazioni aziendali la propria strategia, conferendo gli obiettivi da perseguire, le risorse con cui raggiungerli e che alla fine dell'esercizio avranno effetti sul sistema di valutazione e di incentivazione del personale. Il budget, come in precedenza detto, rappresenta il momento

dei patti chiari tra direzione e strutture, è proprio qui che le strategie delineate trovano il proprio compimento. Un processo di budget però non può esistere se non è supportato da un sistema di reporting tempestivo ed efficace, un sistema di tipo bidirezionale che vede al centro il Controllo di Gestione e il Sistema Informativo (figura 8). Il supporto di un monitoraggio costante consente sicuramente di allocare meglio le risorse anche in corso d'opera, di tarare meglio obiettivi già assegnati anche a causa di fattori esogeni non preventivabili in fase di assegnazione. Tale sistema di reporting, grazie all'avvento del cruscotto e sempre più dinamico, comprensivo, analitico e modellabile alle esigenze correnti.

Figura 8. Sistema di comunicazione per il processo di budgeting

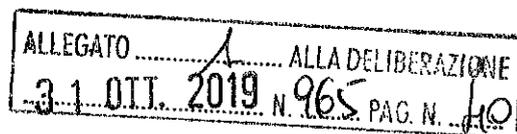


Le fasi del processo di budgeting sono le seguenti:

1. esplicitazione obiettivi nel piano della performance;
2. trasmissione delle proposte degli obiettivi da parte delle Strutture Complesse alla Direzione aziendale;
3. elaborazione da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione e Sistema Informativo delle schede di budget per Struttura Complessa e Dipartimento;
4. condivisione e formalizzazione degli obiettivi e delle risorse di budget tra la Direzione e le Strutture Complesse con l'elaborazione del budget d'esercizio;
5. monitoraggio trimestrale degli obiettivi assegnati, attraverso il sistema di reporting, per la verifica degli scostamenti dallo standard assegnato.

Il processo di budgeting dell'Azienda Ospedaliera di Perugia coinvolge a cascata tutti i dipendenti ed è così articolato:

1. Budget di Dipartimento
2. Budget di Struttura Complessa



La valutazione dei risultati del budget viene infine trasmessa all'Ufficio Valutazione del Personale e al Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA) per poi poter procedere alla valutazione di seconda istanza e con il supporto tecnico dell'Ufficio Controllo di Gestione valutare le eventuali controdeduzioni a obiettivi non raggiunti presentate dalle Strutture.

11.2 LA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è lo strumento attraverso cui vengono definitivi gli obiettivi da perseguire assegnati alla struttura, le risorse a disposizione con cui poterli conseguire e i parametri di valutazione dei risultati. Le scheda di budget di ogni struttura è così composta:

- **Scheda A:** scheda risorse umane (fotografia statica del personale al primo giorno dell'anno);
- **Scheda B:** scheda economica per farmaci, presidi, diagnostici e altro materiale (assegnazione delle risorse economiche con cui perseguire gli obiettivi);
- **Scheda C:** obiettivi generali e/o specifici previsti per la dirigenza (declinazione degli obiettivi assegnati ai dirigenti della struttura);
- **Scheda D:** obiettivi generali e/o specifici previsti per il Comparto (declinazione degli obiettivi assegnati il personale del comparto della struttura).

Gli obiettivi contenuti nella Scheda C e D sono finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria nelle sue varie accezioni e in particolar modo a favorire l'integrazione tra gli operatori. Tale integrazione può essere di diversi tipi: **logistica** (utilizzo integrato degli spazi e delle risorse in dotazione), **organizzativa** (coordinamento dell'utilizzo di risorse tecnologiche e umane per il miglioramento dell'organizzazione dell'Azienda e della singola struttura), **clinica** (coordinamento spazio temporale dell'atto medico per il processo produttivo sul percorso di cura del paziente al fine di favorire la riprogettazione dei percorsi assistenziali o diagnostico terapeutici) e **culturale** (progressiva condivisione di quei comportamenti clinico – assistenziali e organizzativi attraverso l'individuazione e adozione di protocolli, linee guida, percorsi diagnostico terapeutici e modelli organizzativi che facciano sì che l'azienda oltre ad essere al passo dei tempi sia anche innovativa e sostenibile).

Gli obiettivi assegnati sono ricompresi nelle seguenti grandi cinque aree:

1. AREA PROFESSIONALE;
2. AREA DELL'INNOVAZIONE;
3. AREA DELLA PERFORMANCE;



4. AREA DELLA SICUREZZA DELLE CURE;
5. AREA QUALITA' PERCEPITA ED EQUITA' D'ACCESSO.

Per ogni obiettivo saranno definiti:

1. **AREA:** il campo di azione dell'obiettivo;
2. **OBIETTIVO:** esplicitazione di ciò che si vuole ottenere;
3. **INDICATORE DI MISURAZIONE:** strumento per la misurazione dell'obiettivo;
4. **STANDARD:** target a cui l'obiettivo deve tendere;
5. **PESO:** importanza, espressa con valore numerico, di quell'obiettivo sul totale degli obiettivi.

Gli elementi principali di novità per il processo di budgeting anno 2018 furono l'assegnazione di obiettivi specifici e personali per le figure apicali della struttura (direttore o responsabile e coordinatore) e l'inserimento nella scheda del comparto di obiettivi specifici per gli operatori socio sanitari (OSS) e ausiliari. Tale schema utilizzato nel precedente biennio viene confermato per l'anno 2020, quindi gli obiettivi generali assegnati avranno una pesatura diversa tra le figure apicali e le altre figure.

11.3 TEMPISTICA DEL PROCESSO DI BUDGETING

La fase propedeutica al processo di budgeting è contrassegnata, oltre che dalla stesura del presente piano della performance da un periodo di confronto e dialogo con le strutture sanitarie e tecnico – amministrative dell'Area Centrale per poter condividere con loro e raffinare gli obiettivi da proporre alle strutture sanitarie. Il budget è un processo di programmazione e organizzazione dell'attività aziendale attraverso cui la Direzione definisce, tenuto conto delle risorse necessarie, l'insieme degli obiettivi che, in un certo periodo di tempo, le strutture dovranno perseguire, nella maniera più efficace ed efficiente possibile. La definizione dei programmi di attività, ottenuta attraverso un tale processo, è finalizzata al miglioramento della qualità assistenziale nel suo complesso. Proprio per le suddette motivazioni il processo di budgeting, oltre alla mera assegnazione degli obiettivi, è un momento di confronto e di ascolto reciproco tra top management e strutture dell'organizzazione. Gli obiettivi che vengono assegnati, prevalentemente, si riferiscono ad un periodo annuale, ma alcuni di essi sono o la naturale prosecuzione di alcuni assegnati negli anni precedenti o il primo passo per una realizzazione che vedrà i propri frutti negli anni successivi. Quindi, una volta condivisa la metodologia di budget con il top management,

sentite e accolte totalmente o parzialmente le proposte delle strutture di area centrale, l'Ufficio Controllo di Gestione predispone le schede di budget con gli obiettivi per il budget d'esercizio, che verranno poi discusse, condivise e formalizzate tra la Direzione Aziendale e i Responsabili e Coordinatori di Struttura Complessa. Gli obiettivi, per il personale del comparto afferente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie sono stati individuati attraverso il confronto tra i vari coordinatori e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Il cronoprogramma del budget d'esercizio dell'anno 2020 può essere sintetizzato come segue:

Fase 1°: Predisposizione proposte di budget e previsione di bilancio

Ottobre 2019	Redazione e diffusione del Piano della Performance dell'anno 2020 - 2022.
Ottobre- Novembre 2019	Analisi finalizzata alla stesura dei documenti di base e all'individuazione degli obiettivi aziendali da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione.

Fase 2°: Condivisione obiettivi

Dicembre 2019	Elaborazione, da parte del Controllo di Gestione, della proposta di budget, riunioni dipartimentali di presentazione linee generali di indirizzo aziendale e di obiettivi specifici di Struttura Complessa.
Dicembre 2019	Organizzazione degli incontri per la condivisione degli obiettivi che sono definitivamente assegnati una volta concordati.

Fase 3°: Monitoraggio

E' previsto, per le Strutture assegnatarie un budget, un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli indicatori che misurano i singoli obiettivi da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione. Inoltre alle strutture con attività di ricovero vengono restituiti a cadenza bimensile dei report per il monitoraggio della propria attività. La Direzione è invece informata, con cadenza mensile o bisettimanale sull'andamento generale e analitico delle attività e sull'andamento dei consumi dei beni sanitari.

Maggio – Giugno 2020	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 1 trimestre 2020 con produzione di report
Agosto – Settembre 2020	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 2 trimestre 2020 con produzione di report
Novembre – Dicembre 2020	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del 3 trimestre 2020 con produzione di report.
Gennaio – Febbraio 2021	Elaborazioni e analisi dei dati di attività e costo del quarto trimestre 2020 con produzione di report e verifica dei valori di riferimento degli Indicatori di misurazione delle azioni definite per il raggiungimento degli obiettivi di Budget

Per quanto riguarda l'analisi trimestrale degli scostamenti tra i risultati parziali e gli obiettivi di budget, entro i 30 giorni successivi all'invio del report, dietro richiesta della Direzione Strategica o dei Responsabili di Struttura, vengono organizzati degli incontri per esaminare congiuntamente i risultati provvisori, soprattutto se relativi agli obiettivi che si discostano da quanto programmato, e valutare l'eventuale necessità di modificare il budget assegnato. Eventuali variazioni del piano dei centri di costo nel corso dell'anno 2020, che determinassero una modificazione numerica e/o qualitativa, potrebbero portare ad una revisione dei Centri di Responsabilità con la possibile conseguente assegnazione e negoziazione di obiettivi con le Strutture interessate. Per aumentare l'autorevolezza del processo di budgeting e proseguire nel processo culturale, avviato in azienda, di "managerializzazione" delle figure apicali delle strutture, come già avviato nell'anno 2018 verrà richiesto ai direttori di Struttura Complessa di organizzare almeno tre riunioni l'anno per discutere dei dati di attività e delle performance conseguite dalla struttura.

Fase 4°: analisi dei risultati

Febbraio 2021	Prima valutazione, da parte dell'Ufficio Controllo di Gestione, del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e divulgazione Responsabili di Struttura.
Marzo 2021	I Responsabili di Struttura presenteranno alla Direzione Aziendale le proprie deduzioni per obiettivi non raggiunti

Aprile 2021	Valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi con l'invio dei risultati definitivi al Responsabile di Struttura e al Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA)
-------------	---

11.4 VALUTAZIONE FINALE DEL GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per ogni azione definita nella scheda di budget è previsto uno o più indicatori con il relativo valore di riferimento con cui valutare alla fine dell'anno le attività delle varie strutture ed avere quindi, la dimensione del raggiungimento degli obiettivi per la promozione del Governo Clinico. Spetta all'Ufficio Controllo di Gestione per conto della Direzione Aziendale, allo scadere dell'anno, effettuare la verifica dell'ottemperanza degli obiettivi. Per le Strutture Complesse sia di area sanitaria sia di area amministrativa, tenuto conto delle priorità d'azione della strategia aziendale, è stato attribuito ai vari obiettivi un peso peculiare per ognuno di essi. La valutazione finale della componente della dirigenza e di quella del comparto di ogni Struttura si otterrà sommando i valori ottenuti per ognuno degli obiettivi assegnati alla stessa. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi generali di specifici di Struttura definiti e assegnati, per l'area Sanitaria viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100 con valori intermedi in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi stessi. Il punteggio totale assegnato alle Strutture di area sanitaria e di area amministrativa sarà pari a 100. Ogni Struttura di area sanitaria avrà due punteggi assegnati uno per la Dirigenza e l'altro per il Comparto e ciò comporterà una diversa valutazione delle due componenti. Per la dirigenza il punteggio finale sarà composto dalla somma del punteggio della Scheda B (consumi beni sanitari) a cui è assegnato un peso pari a 10 e quello della Scheda C il cui valore complessivo è pari a 90, mentre per il comparto il punteggio finale sarà calcolato su quanto totalizzato per gli obiettivi riportati nella scheda C fino ad un massimo di 100 punti. Per l'area amministrativa la somma degli obiettivi è pari a 100. Viene confermata la suddivisione degli obiettivi per responsabilità, ovvero nella scheda della dirigenza ci sarà la suddivisione per gli obiettivi del direttore o responsabile di struttura e la sua équipe dirigente, mentre in quella del comparto la divisione sarà tra coordinatore/i, équipe infermieristica (comprendendo in essa anche ostetriche, tecnici di laboratorio e di radiologia e personale della riabilitazione) e OSS/ausiliari.

Per ogni obiettivo viene assegnato dalla Direzione e dall'Ufficio Controllo di Gestione un valore prestabilito a seconda dell'importanza strategica che esso riveste. Ogni obiettivo può prevedere più indicatori di misurazione, alcuni quantitativi, altri definiti in termini di adempimenti per i quali il valore atteso è rappresentato da un giudizio che potrà assumere le seguenti modalità: raggiunto, parzialmente raggiunto o non raggiunto che verrà valutato dall'Ufficio Controllo di

Gestione. In allegato verrà inserito il regolamento che disciplinerà il calcolo degli obiettivi, sia essi di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.

12. GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE. DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA A QUELLA INDIVIDUALE.

L'Azienda Ospedaliera di Perugia, tramite l'Ufficio Controllo di Gestione ha definito un sistema di monitoraggio intermedio degli obiettivi assegnati, al fine di favorire il pieno raggiungimento di essi o di rimodularli in caso di un vistoso scostamento dal target assegnato e per adottare utili e tempestive misure di intervento correttivo. L'analisi sugli scostamenti generalmente è trimestrale ma nulla impedisce che il monitoraggio sia più frequente al fine di poter meglio valutare l'eventuale distanza tra quanto atteso e quanto sino a quel punto realizzato. Questo consente alla direzione aziendale di poter porre in atto, in maniera tempestiva e concordata con i Direttori di Struttura interessati, idonee misure correttive per migliorare la gestione o modificare alcuni comportamenti sempre con il fine di migliorare i livelli performance individuale e aziendale. Nel corso dell'anno, come precedentemente affermato, a fronte di cause esogene non preventivabili in fase di negoziazione, è facoltà della direzione aziendale rinegoziare gli obiettivi non più in linea con quanto ci si era posti. A conclusione dell'esercizio è compito dell'Ufficio Controllo di Gestione eseguire la valutazione di prima istanza, tenendo conto non solo del valore raggiunto per ogni obiettivo ma anche di alcune variabili (es. aumento pazienti, chiusura periodica di una o più sale operatorie ecc.) che hanno influito sulla performance finale. Una volta conclusa questa fase saranno inviati ai responsabili di Struttura, ai coordinatori i risultati ottenuti e questi avranno facoltà di presentare eventuali controdeduzioni per quei obiettivi che non hanno raggiunto; allo stesso tempo sarà inviato alla Direzione Aziendale e al Nucleo di Valutazione Aziendale un documento riepilogativo sulle performance raggiunte dalle varie strutture nel budget di esercizio. Trascorsi i tempi tecnici di presentazione delle controdeduzioni il Nucleo di Valutazione Aziendale, avvalendosi dell'Ufficio Controllo di Gestione in qualità di organo tecnico, valuterà la documentazione trasmessa e avrà facoltà di decidere se accettare totalmente o parzialmente o non accettare le controdeduzioni presentate. Terminata questa fase, si darà avvio alla valutazione di ogni dipendente, che tramite apposite credenziali dovrà accedere a un portale informatico e procedere alla propria autovalutazione. Terminata questa fase è compito del valutatore (direttore di struttura, coordinatore, posizione organizzativa) decidere, dopo confronto con il valutato, se il punteggio dell'autovalutazione è da confermarsi o meno. Una volta terminata questa fase di valutazione della performance organizzativa di struttura si potrà procedere alla valutazione individuale del dipendente come declinato da apposito regolamento. Terminate tutte le fasi di questo processo di valutazione individuale, si calcolerà il punteggio finale di performance di ogni dipendente calcolando tramite media ponderata del risultato ottenuto dal processo di budgeting (performance di struttura di appartenenza) e punteggio

ALLEGATO	1	ALLA DELIBERAZIONE
21	OTT	2019 N. 965 PAG. N. 46

individuale. A questo punto, salvo eccezioni di contestazione e relativo contraddittorio, ogni dipendente sarà inserito nell'apposita fascia di valutazione e si darà seguito alla relativa retribuzione di risultato.

Al piano della performance seguirà atto deliberativo relativo all'assegnazione degli obiettivi per dipartimento e per le strutture sia per la dirigenza che per il comparto

Il Responsabile Ufficio di Supporto Tecnico

Amministrativo al Controllo di Gestione

Dr. Fabrizio Ruffini





Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Piazzale G. Menghini n. 8/9- 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 965 DEL 31 OTT. 2019

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 149 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia,

31 OTT. 2019

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA MARIA CRISTINA CONTE

E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____
CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE
DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto,
annullamento integrale, ecc.. - Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia,

31 OTT. 2019

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA MARIA CRISTINA CONTE

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il 31 OTT. 2019

per la durata di 15 giorni.

Perugia,

31 OTT. 2019

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA MARIA CRISTINA CONTE

Questa copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA MARIA CRISTINA CONTE