



USLUmbria**2**

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2

PIANO DELLE PERFORMANCE 2020 - 2022

Executive summary

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

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

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

I punti salienti del Piano della Performance 2020-2022

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

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

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

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

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

Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, sottesi all'Albero della Performance, sono declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione regionale (e con il BEP 2020, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 700 del 20.12.2019).

Al momento della programmazione 2020 non risultano assegnati al Direttore Generale obiettivi specifici per l'anno 2020. Si terranno in considerazione altresì gli obiettivi assegnati al Commissario Straordinario per l'anno 2019. Gli obiettivi strategici aziendali declinati nel presente Piano della Performance saranno opportunamente rivisti e/o integrati allorquando saranno approvati nuovi e diversi obiettivi regionali di salute e programmazione economico finanziaria. L'ultima sezione del Piano della Performance (parte quarta) descrive il ciclo di gestione della performance, ponendo attenzione anche alla coerenza degli obiettivi di performance con la programmazione economico - finanziaria e di bilancio. In conclusione viene, infine, rappresentato il collegamento del Piano della Performance con il "Piano triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2021-2022", approvato con Delibera del Direttore Generale n. 51 del 29.01.2020. **I contenuti del presente Piano potranno essere successivamente integrati e/o modificati, con periodicità annuale, coerentemente con gli indirizzi di pianificazione regionale e con i conseguenti indirizzi di pianificazione strategica definiti dalla Direzione Aziendale per la realizzazione degli obiettivi assegnati. Il presente Piano di Performance fa riferimento al Piano di Performance 2019-2021 ed è aggiornato al triennio 2020-2022.**

Per i dati di attività aziendali dell'anno 2019, si fa riferimento alla "Relazione del Direttore Generale al bilancio preventivo economico annuale. Esercizio 2020" (DCS n. 700 del 20.12.2019).

Presentazione del Piano della performance

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

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

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

Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2020-2022 e si pone lo scopo di:

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

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2020-2022, con pianificazione delle attività per l'anno 2020, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

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

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

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

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

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

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

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

Visione ed obiettivi strategici ed operativi per il triennio 2020-2022

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

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

- ***Obiettivi regionali***

Per ciò che attiene Area Sanità e Sociale il DEFR 2020-2022 ha riconfermato la scelta della Regione di salvaguardare un sistema sanitario regionale pubblico ed universalistico per tutti i cittadini, innovandolo e cambiandolo senza compromettere gli equilibri economici e finanziari del sistema, individuando le opportunità di miglioramento anche in un contesto in rapido e continuo cambiamento come quello attuale, sempre al passo con i risultati raggiunti dalla scienza in campo medico e con l'avanzamento della tecnologia. Dal punto di vista operativo, l'attività prioritaria sarà quella relativa alla "Riduzione delle liste di attesa" puntando alla differenziazione tra le prestazioni di primo accesso e quelle dei controlli successivi, al rispetto delle Classi di priorità e dei RAO, all'applicazione di criteri di appropriatezza, trasparenza ed accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1264 del 18.12.2019, ha individuato gli indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l'esercizio 2020.

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

La pianificazione e la programmazione per l'anno 2020, in linea con le linee programmatiche nazionali e regionali, rappresentano anche la naturale evoluzione di quanto fatto negli anni precedenti. A livello nazionale oltre a quanto sancito con il Patto per la Salute 2014-2016 e con il DM 70/2015 che detta gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, va tenuta presente la nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza

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

- Patto per la Salute per gli anni 2014-2016; • Decreto n. 70 del 02/04/2015 relativo al Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera;
- DPCM 12/01/2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- Legge n. 119 del 31/07/2017 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”.

A livello regionale i documenti principali di riferimento degli ultimi anni sono:

- DGR N. 1330 del 21.11.2016 “Legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”. Fondo regionale per la non autosufficienza – Programmazione delle risorse Anno 2016” con cui, in attuazione del P.R.I.N.A. vigente, è stata recepita l’Intesa Rep. Atti n. 101/CU del 3 agosto 2016, sullo schema di Decreto interministeriale, successivamente confermato nei contenuti, concernente il riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, per l’anno 2016” e successivi
- Nuovo Piano Sociale Regionale, approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 7 marzo 2017, n. 156, atto di programmazione strettamente integrato con il Piano sanitario regionale (art. 12 comma 3 del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali)
- DGR n. 489 dell’08.05.2017 avente ad oggetto: “Piano Sanitario Regionale 2018-2020. Determinazioni”.
- DGR N.902 del 28.07.2017 “Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni”.
- DGR n. 855 del 24.07.2017 avente ad oggetto: “Piano Sanitario Regionale 2018-2020.

- DGR N. 971 del 10.09.2018 “Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo Modello Organizzativo.”
- DGR n.1516 del 20.12.2018 avente ad oggetto: “Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per il periodo 2019-2021 e definizione dei volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019”
- DGR n. 610 del 06/05/2019 avente ad oggetto: “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”
- D.G.R. Umbria n. 829 del 28.6.2019 rettificata con D.G.R. Umbria n. 866 del 10/07/2019 “Assegnazione obiettivi ai Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie regionali. Determinazioni”
- DGR n.1264 del 18.12.2019 avente ad oggetto: “Ulteriore assegnazione delle disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019 - quote vincolate- e Indirizzi vincolati alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2020”.

- ***Obiettivi e azioni di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli stakeholder per il triennio 2020-2022***

Al momento della stesura del BEP 2020 non risultavano ancora assegnati al Direttore Generale obiettivi specifici, fatti salvi quelli di bilancio dettati dagli indirizzi stessi e quelli connessi con gli atti di pianificazione regionale di cui al punto precedente.

Per tale motivo nel BEP 2020 sono stati presi in considerazione altresì gli obiettivi proposti al Direttore Generale per l’anno 2019 contenuti nella DGR n. 829 del 28/06/2019 “Assegnazione obiettivi ai Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie regionali. Determinazioni”, alla data odierna non ancora negoziati.

Nel Bilancio di Previsione anno 2020, adottato con DCS n. 700 del 20.12.2019, sono state individuate le risorse da impiegare per le azioni volte alla soddisfazione dei bisogni espressi dalla popolazione assistita e dagli stakeholder.

La programmazione strategica per l’anno 2020 si completa prendendo ponendo attenzione alle linee di pianificazione nazionale

e regionale e agli atti di programmazione adottati in azienda. Gli obiettivi specifici, pertanto, per la programmazione 2020 riguardano sia i processi sanitari che i processi di supporto tecnico/amministrativo.

Per il triennio 2020-2022 si tiene conto di quanto già avviato con il BEP 2018 e 2019 e il Piano delle Performance dell'anno 2019 e si definiscono gli obiettivi e le azioni per le aree strategiche individuandoli in sub-aree strategiche.

Di seguito si elencano anche i processi di sviluppo e le progettazioni che impegneranno l'azienda per il triennio 2020-2022.

PROGETTI DI RILIEVO	
PROGETTO	FINALITA'
Progetto "SASS- La gestione dell'anziano fragile proveniente dalle aree terremotate"	Sorveglianza e monitoraggio delle condizioni e dei bisogni assistenziali degli anziani provenienti dalle zone terremotate. Classificazione dell'efficacia degli interventi.
Progetto "Potenziamento delle equipe multidisciplinari - Capacità Genitoriali"	Formazione nel campo preventivo, del bilancio psicologico e dell'intervento clinico, sociale e psicoeducativo, sotto il profilo teorico e metodologico, relativamente ai disagi ed alla psicopatologia del bambino e/o delle relazioni che stabilisce con le figure di riferimento.
Progetto Costi Standard	Adesione al progetto già avviato in altre realtà nazionali per verificare i costi aziendali rispetto ai costi standard delle prestazioni sanitarie.
Progetto di integrazione ospedale territorio	Applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali, sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), della Centrale Operativa Territoriale (COT) e sviluppo del Piano Regionale per la Cronicità.
Progetto Reingegnerizzazione del percorso chirurgico e del funzionamento dei blocchi operatori	Implementare un nuovo modello organizzativo, definendone i criteri di scelta per la redistribuzione dell'attività chirurgica programmata, secondo i metodi definiti, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali in

	termini di incremento del servizio offerto, aumento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni.
Progetto di studio epidemiologico per la valutazione dell'impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute degli abitanti della Conca Ternana, anche in riferimento e in ottemperanza a quanto disposto dalla D.G.R. N. 259 del 13.03.2017 - punti 1 e 2	Produrre rapporti condivisi sugli effetti dei principali inquinanti sulla salute della popolazione della Conca Ternana.
Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro (Area Sud e Area Nord)	Potenziamento delle vigilanze negli ambienti di lavoro, potenziamento dell'igiene industriale, monitoraggio degli inquinanti e realizzazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro da parte dei servizi PSAL dell'Azienda Usl Umbria 2.
Gioco d'Azzardo Patologico	Costruzione e consolidamento di un sistema strutturale di intervento rivolto al gioco d'azzardo, coordinato ed integrato, anche alla luce dei nuovi LEA
Assistenza Detenuti Tossicodipendenti negli Istituti Penitenziari Umbri	Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria, con particolare riferimento alla assistenza dei detenuti tossicodipendenti.

In ultimo, per il triennio 2020-2022, andrà tenuto in considerazione quanto connesso agli eventi sismici che hanno caratterizzato la chiusura dell'anno 2016 e che hanno coinvolto in maniera importante e diretta il territorio della Valnerina e, in maniera indiretta, gli altri territori aziendali determinando una variazione nell'offerta e nella programmazione dei servizi e delle attività.

Indice

- **PARTE PRIMA**

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

- **PARTE SECONDA**

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

- **PARTE TERZA**

- Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2020-2022

- **PARTE QUARTA**

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

Considerazioni conclusive

PARTE PRIMA



Chi siamo

Articolazione dell'USL Umbria n. 2

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



La USL Umbria n. 2 in cifre

DATI GENERALI	NUMERO
Popolazione servita	380.829
Comuni serviti	54
Densità per Km ²	91,72
Superficie Km ²	4.152
Costi della produzione (previsione 2020)	725.086.345
Valore della produzione (previsione 2020)	740.349.117
Personale dipendente 01.01.2019	3.715
Personale convenzionato 01.01.2019	735
Ore di formazione	3.124
Dipartimenti	11
Strutture complesse	71
Strutture semplici	120
Distretti	6
Strutture a gestione diretta	199
Strutture a gestione indiretta	127
Costo farmaceutica convenzionata (preconsuntivo 2019)	54.800.100
Costo farmaceutica per acquisti diretti (preconsuntivo 2019)	52.101.209,57
Costo assistenza protesica (preconsuntivo 2019)	5.057.700
Costo assistenza integrativa (preconsuntivo 2019)	11.630.000
Presidi ospedalieri	4
Ospedali	10
Posti letto	907
Ricoveri (proiezione anno 2019)	31.301
Totale utenti al Pronto Soccorso (proiezione anno 2019)	120194
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per Distretto e branca (proiezione anno 2019)	1.602.693
Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai P.O. (proiezione anno 2019)	3.439.442

L'Azienda opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media¹ di 91,72 abitanti per Km² ed è organizzata nei seguenti 6 Distretti:

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

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

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta sono:

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

La struttura Ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni è:

- SPDC Terni.

L'Azienda gestisce direttamente n. 907 posti letto.

L'USL Umbria n. 2 opera mediante 195 presidi non ospedalieri a gestione diretta e 120 strutture convenzionate, che erogano le diverse tipologie di assistenza.

¹ Fonte ISTAT 01/01/2018

Assetto Organizzativo aziendale

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

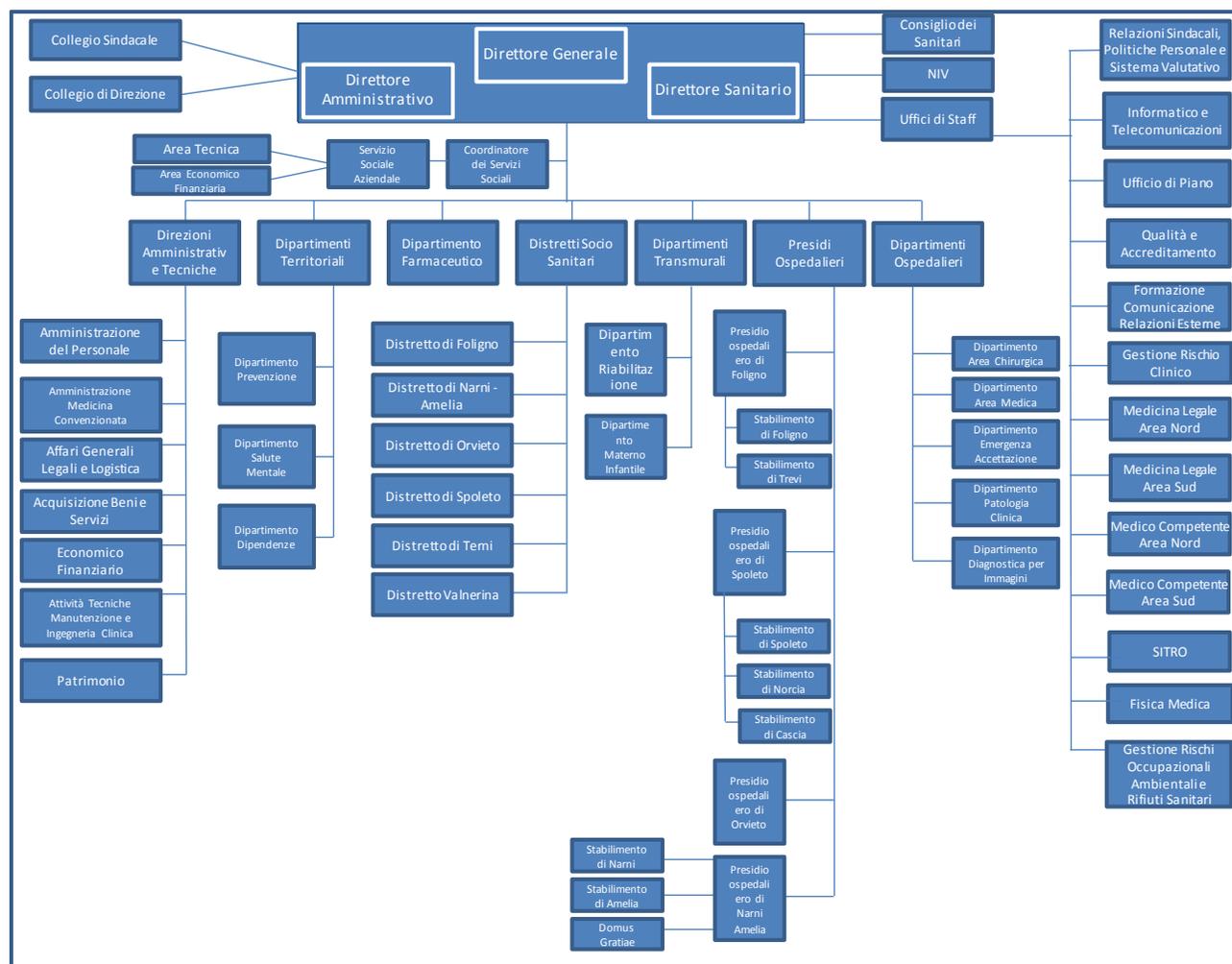
Gli organi aziendali sono:

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

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

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

Organigramma aziendale



PARTE SECONDA

Il Contesto Esterno

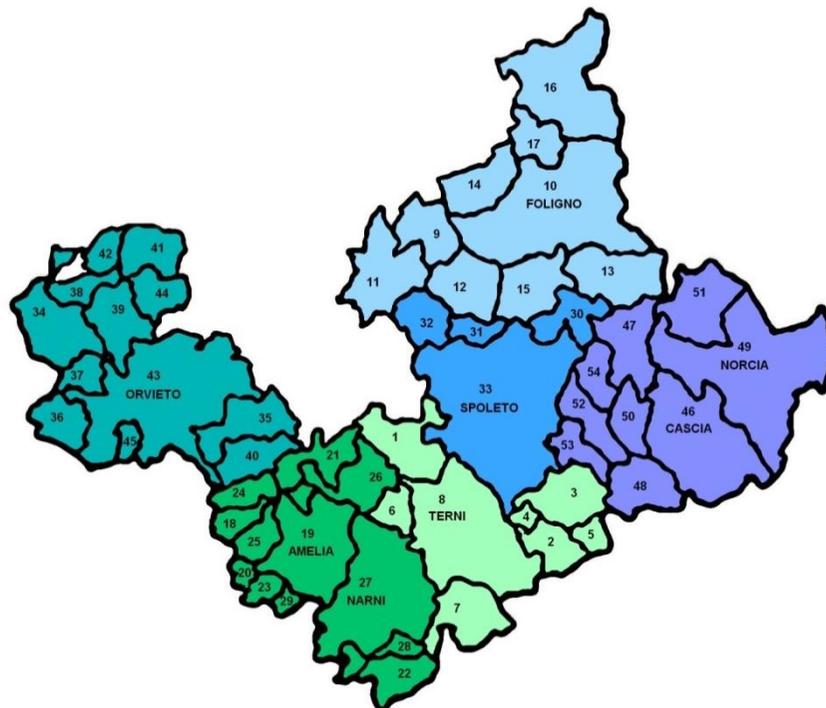
Il Contesto Interno

Il Contesto Esterno

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

Analisi demografica

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie complessiva di 4.152 Km², con una densità media di 91,72 abitanti per Km². ²



La popolazione complessiva assistita dall'Azienda Umbria n. 2 è pari a 380.829 abitanti.

² (Fonte: dati Istat al 01/01/2018)

La distribuzione della popolazione per fasce di età, nel periodo 2014-2019, è la seguente:

	Fascia d'età (anni)								USL Umbria n. 2	
	0-14		15-64		65-74		>74			
2019	45.038	11,83%	233.456	61,30%	47.338	12,43%	54.997	14,44%	380.829	100,00%
2018	45.830	11,98%	235.000	61,43%	47.334	12,37%	54.411	14,22%	382.575	100,00%
2017	46.701	12,14%	236.374	61,44%	47.273	12,29%	54.405	14,14%	384.753	100,00%
2016	47.304	12,25%	237.891	61,60%	47.046	12,18%	53.974	13,97%	386.215	100,00%
2015	48.207	12,40%	239.925	61,70%	47.171	12,13%	53.547	13,77%	388.850	100,00%
2014	48.592	12,47%	241.756	62,03%	46.838	12,02%	52.557	13,49%	389.743	100,00%

Fonte: ISTAT

L'indice di invecchiamento mostra come il 26,87% della popolazione aziendale presenti un'età superiore ai 65 anni, con un valore in leggero ma costante aumento dal 2014 al 2019.

L'indice di vecchiaia si attesta ad un valore di 227,22% nel 2019, progredendo nel corso degli anni.

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

L'indice di dipendenza giovanile, con tendenza in calo, si attesta nel 2019 ad un valore del 19,29%.

L'indice di dipendenza senile, con tendenza in crescita, si attesta nel 2019 al 43,83%.

USL Umbria n. 2	INDICE DI INVECCHIAMENTO (popolazione ≥ 65 anni / totale popolazione)	INDICE DI VECCHIAIA (popolazione ≥ 65 anni / popolazione 0- 14 anni)	INDICE DI CARICO SOCIALE (pop. 0-14 anni + pop. ≥ 65 anni) / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE (pop. 0-14 anni / pop. 15-64 anni)	INDICE DI DIPENDENZA SENILE (pop. ≥ 65 anni / pop. 15-64 anni)
2019	26,87%	227,22%	63,13%	19,29%	43,83%
2018	26,59%	222,01%	62,80%	19,50%	43,30%
2017	26,43%	217,72%	62,77%	19,76%	43,02%
2016	26,15%	213,56%	62,35%	19,89%	42,47%
2015	25,90%	208,93%	62,07%	20,09%	41,98%
2014	25,50%	204,55%	61,21%	20,10%	41,11%

Fonte: ISTAT

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

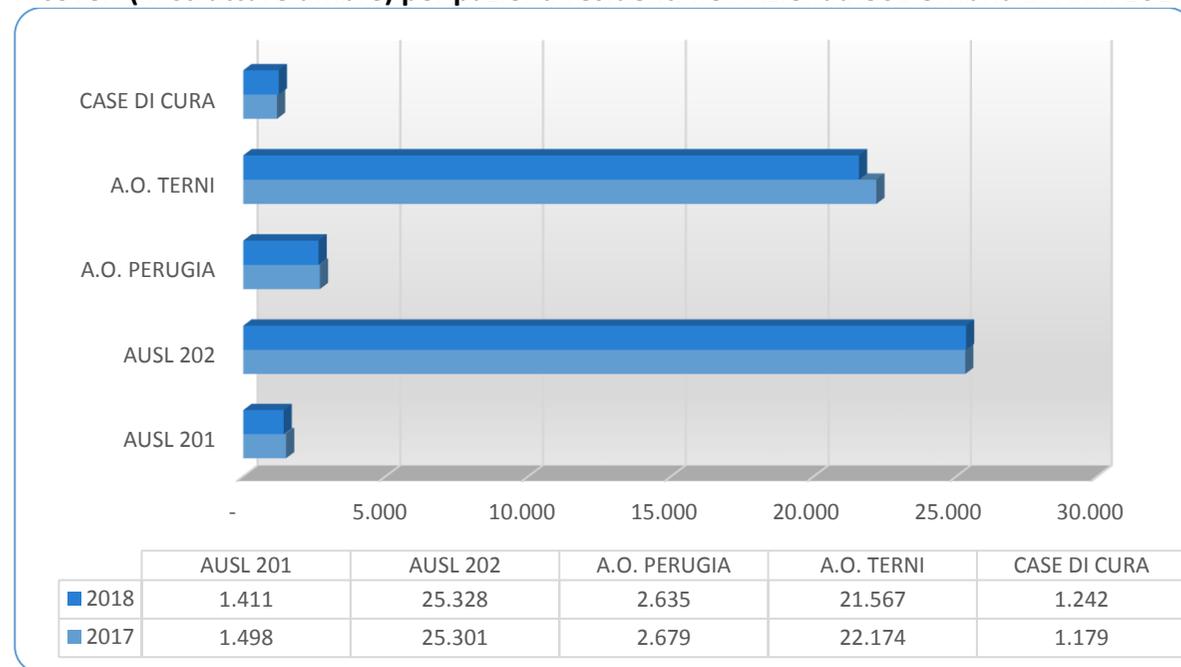
ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

Nell'anno 2018 i ricoveri (acuti e di riabilitazione) erogati dall'Azienda USL Umbria n. 2 a pazienti residenti nello stesso territorio sono stati complessivamente 25.328.

L'attività di ricovero erogata direttamente dall'Azienda USL Umbria n. 2 per i propri residenti è stata pari al 46,73%, seguita da quella dell'Azienda Ospedaliera di Terni con il 39,79%, che comprende i DRG di alta specialità.

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

Ricoveri (in strutture umbre) per pazienti residenti nell'Azienda USL Umbria 2. Anni 2017-2018



Framework Economico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale

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

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1264 del 18.12.2019, ha individuato gli indirizzi vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2020.

Nella DGR vengono richiamati:

- La Legge 30 dicembre 2018, n. 145 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021”, che all’articolo 1, comma 514, definisce il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard in 114,439 mld per l’anno 2019 e viene previsto un incremento di 2 mld per il 2020 e per l’anno 2021 di ulteriori 1,5 mld, subordinando gli aumenti per il biennio 2020-2021 alla stipula di una specifica Intesa in Conferenza Stato Regioni per il Patto per la salute 2019-2021;
- Il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502”;
- Il Decreto Legislativo n. 68 del 6 maggio 2011 recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario", il cui Capo IV disciplina la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;
- Il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 e successive modifiche ed integrazioni, recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma

degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, e, in particolare, l’articolo 25 che prevede che i Bilanci preventivi economici annuali degli Enti del Servizio Sanitario siano predisposti in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e siano corredati, tra l’altro, dal Piano triennale degli investimenti”.

- Con tale atto sono state destinate al finanziamento delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria, per l’anno 2020, le risorse indistinte e vincolate rappresentate nell’allegata Tabella n. 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del provvedimento regionale

Tabella n. 1

DISPONIBILITA' FINANZIARIE DEL SSR ANNO 2020		
AZIENDE SANITARIE	FONDO SANITARIO INDISTINTO 2020	FONDO SANITARIO VINCOLATO
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	805.246.352	11.250.000
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	668.981.732	7.900.000
TOTALE AZIENDE U.S.L.	1.474.228.084	19.150.000
Azienda Ospedaliera PERUGIA	67.294.624	3.300.000
Azienda Ospedaliera TERNI	45.905.419	3.050.000
TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE	113.200.043	6.350.000
TOTALE REGIONE	1.587.428.127	25.500.000

La Legge di Bilancio 2020 è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 304 del 30 dicembre 2019, si tratta della Legge 160/2019 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022 con entrata in vigore il 01/01/2020. La Camera ha approvato in via definitiva il testo della Manovra finanziaria proveniente dal Senato nella notte fra il 23 e il 24 dicembre.

Per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

Per quanto riguarda la salute un punto essenziale riguarda la riforma del ticket sanitario e la cancellazione del cosiddetto superticket in sanità già dalla seconda metà del 2020.

Il Contesto Interno

- Le risorse umane
- La Qualità e l'Accreditamento
- Il Rischio Clinico
- Principali dati economico finanziari
- I servizi sanitari erogati

Le risorse umane³

La dotazione di personale dipendente al 1/1/2019 risulta pari a 3.703 unità, di cui 3.446 (93,06%) a tempo indeterminato e 257 (6,94%) a tempo determinato.³

FIGURE PROFESSIONALI	N. unità a tempo indeterminato	N. unità a tempo determinato	Totale
Dirigenza Medica	656	47	703
Dirigenza Sanitaria	74	2	76
Personale Infermieristico	1.463	146	1.609
Altro Personale Ruolo Sanitario	414	28	442
Totale Ruolo Sanitario	2.607	223	2.830
Dirigenza Professionale	4	0	4
Comparto Ruolo Professionale	2	0	2
Totale Ruolo Professionale	6	0	6
Dirigenza Tecnica	0	0	0
Comparto Ruolo Tecnico	566	28	594
Totale Ruolo Tecnico	566	28	594
Dirigenza Amministrativa	1	6	7
Comparto Ruolo Amministrativo	261	5	266
Totale Ruolo Amministrativo	262	11	273
TOTALE GENERALE	3.446	257	3.703

³ Fonte Servizio Amministrazione del Personale

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

La USL Umbria 2 in applicazione delle disposizioni contenute nel DM 08/05/2018 e della DGR 939/2018 ha proceduto alla stesura del PTFP 2019-2021. Il fabbisogno è stato elaborato coerentemente con le linee di sviluppo strategiche dei servizi tenendo conto della dotazione organica di riferimento alla data del 31/12/2018 e quindi delle esigenze dettate dalla domanda di prestazioni. Il PTFP ha portato pertanto ad una rivisitazione della distribuzione di personale all’interno dei vari ruoli fermo restando il dato numerico complessivo della dotazione organica. Il PTFP è rispettoso dei vincoli finanziari imposti dalla vigente normativa. L’attivazione del PTFP consentirà una gestione flessibile e razionale del personale in rapporto all’andamento della spesa che verrà puntualmente monitorata.

Sviluppo delle competenze

Il numero di eventi formativi del 2019 e dei partecipanti che la tabella sottostante evidenzia, testimoniano il consolidato e forte impegno dell'Azienda a promuovere il “capitale umano”, risorsa strategica fondamentale per assolvere alla sua mission, per dare risposte di qualità ai cittadini e per motivare ed incrementare il senso di appartenenza dei professionisti.

Formazione del personale	Numero Corsi	Numero partecipanti	Ore di formazione erogate	Crediti totali	Percentuale gradimento
Totale	122/365 Edizioni	9.854	3.124	48190	97%

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

La Qualità e l'Accreditamento

Negli ultimi anni si è andata sempre più diffondendo, a livello internazionale ed anche in Italia, la consapevolezza che la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari pubblici debbano avere tra i principi fondamentali la garanzia e la promozione della qualità dei servizi e delle cure erogate, finalizzati al perseguimento dell'appropriatezza clinica, in un'ottica di sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

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

A tal fine l'Azienda segue il percorso di accREDITAMENTO così come previsto dal modello regionale umbro, i cui requisiti sono orientati allo sviluppo di un Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), teso al miglioramento continuo dell'efficienza, dell'efficacia interna e sicurezza delle cure, operando in una prospettiva di integrazione delle articolazioni delle strutture aziendali, dei processi assistenziali e gestionali e delle diverse dimensioni delle loro performance.

La ex ASL3 ha iniziato ad approcciarsi al Sistema di Gestione in ottica Qualità (SGQ) applicando la norma internazionale UNI EN ISO 9001, già a partire dal 2002 coinvolgendo alcune strutture quali il Laboratorio Analisi di Foligno e Spoleto, il Servizio Formazione ed il Servizio Immuno-Trasfusionale. Tali SGQ tuttavia erano separati e non integrati in un'ottica aziendale.

Nel febbraio 2007, con l'obbligo per tutte le ASL, di recepire gli obiettivi di AccREDITAMENTO della Regione, nella ex ASL3 tale situazione è stata colta come opportunità per sviluppare un sistema qualità aziendale strutturato sui requisiti della Norma UNI EN ISO 9001(norma internazionale recante requisiti di qualità validi a livello internazionale) e degli standard dell'accREDITAMENTO Regionale definiti nella D.G.R. n. 1991 del 15 dicembre 2004 "AccREDITAMENTO strutture Sanitarie Regione Umbria", nonché l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali tese alla sicurezza delle cure.

L'accREDITAMENTO, come configurato dalla normativa nazionale, rappresenta un qualificato strumento di selezione dei soggetti erogatori per conto del SSN, caratterizzato dalla necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti che sono direttamente correlati ai livelli di qualità attesi, nonché dalla temporaneità del riconoscimento di adeguatezza agli stessi, che richiede una periodicità di controlli.

L'accreditamento è un sistema che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, come pratica del governo clinico e sicurezza delle cure, sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e i cittadini.

L'accreditamento è l'Atto attraverso cui la Regione garantisce ai cittadini che le strutture sanitarie a cui essi si affidano possiedono un insieme di requisiti capaci di garantire la miglior qualità possibile delle prestazioni erogate.

L'applicazione della qualità persegue numerosi scopi all'interno di un'organizzazione.

Tra i principali ricordiamo:

- dare evidenza della capacità di fornire, in modo continuativo, prodotti/servizi affidabili e corrispondenti ai requisiti normativi e di qualità;
- dare evidenza dell'impegno dell'organizzazione nella ricerca continua del miglioramento;
- essere di supporto nella standardizzazione e nell'ottimizzazione dei processi e percorsi assistenziali migliorandone efficacia, efficienza e sicurezza aumentandone la ripetitività;
- supportare lo sviluppo delle risorse umane, incoraggiando tutto il personale a compiere in maniera continuativa un processo di autovalutazione;
- rendere disponibili i documenti che spiegano come svolgere al meglio le diverse attività, rendendo meno frequenti eventuali cadute qualitative;
- documentare le conoscenze aziendali, diventando così una risorsa anche per il training dei nuovi assunti;
- instillare un maggiore senso di orgoglio nei confronti dei prodotti/servizi dell'organizzazione e un senso di soddisfazione derivante da un lavoro ben fatto;
- aiutare l'organizzazione a compiere una valutazione razionale e oggettiva del proprio parco fornitori;
- aumentare la soddisfazione dei cittadini;
- fornire disciplina e organizzare meglio il lavoro.

A maggio del 2013 la AUSL Umbria n. 2 ha acquisito il certificato di qualità ISO 9001 della ex ASL3, previa verifica esterna effettuata dall'Ente di certificazione CSQ.

Lo sviluppo del Sistema Qualità Aziendale all'interno della Azienda sanitaria ha permesso una maggiore visibilità di tutte le opportunità di miglioramento in un'ottica di crescita aziendale dei parametri di qualità attraverso la correlazione con la pianificazione strategica aziendale.

Questo inoltre ha facilitato l'obiettivo di integrare i singoli processi aziendali garantendo efficacia, efficienza e sicurezza delle attività aziendali, con l'obiettivo di:

- migliorare i processi assistenziali;
- favorire la sicurezza delle cure;
- favorire il processo di integrazione tra i vari territori della Azienda;
- promuovere la riduzione della possibilità di contenzioso tra il paziente e l'Azienda;
- dare sostegno alla attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine dell'Azienda e la fiducia del paziente.

In ottica di integrazione aziendale della nuova Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2, gli ambiti di attenzione su cui ci si è focalizzati per la progettazione del Sistema di Gestione in logica Qualità e Sicurezza delle cure all'interno della Azienda sanitaria sono:

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

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

Tra il 2013 ed il 2018 il processo di certificazione e accreditamento dei servizi e strutture sanitarie è proseguito con entusiasmo da parte di tutto il personale.

Sono stati coinvolti ed inserite nel processo di gestione in logica qualità sempre più strutture e servizi, favorendo sempre più l'integrazione tra i vari territori e dando sempre più un respiro di gestione aziendale.

Al fine di poter correttamente implementare le linee guida necessarie e finalizzate alla qualità dell'assistenza, si è ritenuto opportuno sviluppare una cultura diffusa tra i professionisti, tesa ad una visione dell'organizzazione sanitaria "per processi".

Le attività di realizzazione dei servizi, quindi, non sono focalizzate su aspetti puntuali, ma devono essere finalizzate alla corretta, efficace ed efficiente gestione del sistema di processi che portano alla realizzazione di un prodotto e/o servizio che deve assicurare la soddisfazione delle persone prese in carico.

L'organizzazione deve individuare, progettare, realizzare e gestire i "processi sanitari" che includono i flussi di attività primari per la realizzazione del servizio in riferimento alle persone prese in carico, alla propria struttura organizzativa ed agli obiettivi di qualità da assicurare.

L'implementazione di linee guida e la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici è sviluppata mediante un'attenta mappatura dei processi sanitari, coinvolgendo ciascun dipartimento nella definizione ed implementazione di procedure e percorsi-diagnostico-terapeutici con il fattivo supporto metodologico e di redazione del Servizio di staff Qualità e Accreditamento nell'ambito della programmazione annuale d'attività (processo di budget).

Nella programmazione aziendale, con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure sono stati redatte le seguenti procedure:

Nel corso del 2016, 2017, 2018 e 2019 sono state definite ulteriori procedure:

- ✓ **Processi generali aziendali e le principali procedure aziendali**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area chirurgica (per strutture già accreditate e certificate)**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale della donna in ostetricia (tutte e tre le strutture di ostetricia e ginecologia)**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in pediatria (tutte e tre le pediatrie)**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area della riabilitazione**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area medica**
- ✓ **Processi Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Foligno**
- ✓ **Processi Anestesia e Rianimazione di Foligno**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area delle Dipendenze**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area della salute mentale – SPDC (Foligno e Terni)**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in Hospice**
- ✓ **Processo diagnostico terapeutico assistenziale del paziente in area in RSA**

Nell'ambito del SGQ sono stati sviluppati i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA) che rappresentano il disegno logico ed organizzato dell'insieme dei "prodotti" erogati dall'azienda sanitarie secondo una strategia condivisa fra tutte le componenti sanitarie coinvolte e permettono di identificare i ruoli e le competenze di ognuna di queste parti. Le attività associate ad ognuno dei soggetti coinvolti si basano su profili di cura codificati, che vanno dal momento della diagnosi e di trattamento fino al follow-up del paziente cronico.

I PDTA, sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente. In particolare si segnalano

- ✓ **I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI – PDTA DELLE RETI DELL'EMERGENZA** - Nell'ambito delle Reti cliniche, sono previste le reti dell'emergenza. Per rendere operative le reti dell'emergenza è stato necessario recepire la documentazione regionale mediante l'elaborazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA).
- ✓ **I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI – PDTA DELLA NEURO-PSICHIATRIA INFANTILE**

✓ I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI per le MALATTIE CRONICHE

Nel 2019 l'attività correlata all'accREDITAMENTO istituzionale, certificazione e verifica applicazione procedure SGQ, ha visto coinvolte tutte le macro-articolazioni aziendali, sia quelle già inserite dentro SGQ, sia le altre, sia per l'avvio del processo di accREDITAMENTO, sia in funzione del coinvolgimento necessario allo sviluppo dei PDTA tempo-dipendenti sopra citati.

In particolare:

- **Dipartimento di Riabilitazione:** certificate e accreditate UGCLA aziendale, Unità Ictus, Riabilitazione Intensiva Neuromotoria Trevi e Riabilitazione Intensiva di Cascia (prima dell'evento sismico), Neurofisiopatologia aziendale, ed in ambito di estensione la Neurologia e la Riabilitazione Territoriale (si ipotizza il completamento entro il 2020).
- **Dipartimento Area Chirurgica:** certificate e accreditate i reparti e le sale operatorie dell'ospedale di Foligno e la Chirurgia generale di Orvieto ed è stato avviato il percorso anche per le altre discipline chirurgiche di Orvieto.
- **Dipartimento Patologia Clinica:** certificati e accreditati i Laboratori analisi di Foligno e Spoleto, Anatomia Patologica, SIT e in ambito di estensione il Laboratorio analisi di Orvieto, che si ipotizza il completamento entro il 2020.
- **Dipartimento Salute Mentale:** certificati e accreditati SPDC Foligno e SPDC Terni e in ambito di estensione la Riabilitazione Psichiatrica Territoriale (si ipotizza il completamento entro il 2020) e i CSM e la Riabilitazione Psichiatrica in ottica di completa integrazione in logica di sistema SGQ.
- **Dipartimento Diagnostica per Immagini:** certificati e accreditati SC Radiologia Foligno e SSD PET-Medicina Nucleare aziendale, certificato SC Radiologia di Spoleto e in ambito di estensione la Radiologia di Orvieto (si ipotizza il completamento entro il 2020).
- ✓ **Dipartimento Emergenza e Accettazione:** certificato la SSD Emodinamica dell'ospedale di Foligno; inoltre il dipartimento è coattore nello sviluppo del processo di gestione dell'emergenza intraospedaliera e territoriale e nello sviluppo dei PDTA tempo-dipendenti (PDTA ICTUS, PDTA STEMI, PDTA Trauma maggiore, PDTA al paziente con dolore toracico in pronto soccorso, PDTA paziente con sospetta tromboembolia polmonare in pronto soccorso). E' stato avviato il processo di sviluppo SGQ per le strutture dei Pronto Soccorso degli ospedali di primo livello. Avviato il processo di sviluppo SGQ per le strutture di Anestesia e Rianimazione. Inoltre la SC Anestesia e Rianimazione di Foligno ha completato la maggioranza dei percorsi clinico-assistenziali tesi alla qualità dell'assistenza e della presa in carico.

- **Dipartimento Materno-Infantile:** certificato e accreditato SC di Ostetricia e Ginecologia di Foligno, LA sc Pediatria di Foligno e in ambito di estensione in tutta l'azienda la Pediatria Orvieto e le SC di Ostetricia e Ginecologia di Orvieto Orvieto (si ipotizza il completamento entro il 2020).
- **Dipartimento delle Dipendenze,** avviato ed in corso di completamento il processo di sviluppo SGQ dei SERT e SERD aziendali, sono state mappati i processi e già redatte le procedure necessarie ed è stata effettuata specifica formazione.
- **Dipartimento di Prevenzione:** sono stati coinvolti i processi dello PSAL e dei Servizi Veterinari e sanità pubblica IAN, IAOA, SA, all'interno del percorso di qualità ed integrazione tra i vari servizi della regione Umbria, sviluppando le procedure necessarie per il funzionamento ed il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte dell'autorità competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica.
- **Dipartimento Area Medica:** la SC Gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'Ospedale di Foligno nel corso del 2016 ha ottenuto il primo accreditamento professionale SIED ed ha proseguito il percorso qualità per tutto il 2017 e 2018. Infatti a dicembre 2018 è stato rinnovato l'accreditamento professionale SIED, per il periodo 2019-2021. E' stato avviato il processo di sviluppo SGQ per la SC Medicina generale e d'urgenza dell'Ospedale di Orvieto e per la SC Medicina generale dell'Ospedale di Foligno e dell'ospedale di Spoleto.
- **Dipartimento Assistenza Farmaceutica:** certificato e accreditata la sede di Foligno. E' stata avviata l'estensione per tutto il dipartimento ed a tutt'oggi sono stati integrati i processi e sono state redatte procedure uniche per tutto il dipartimento.
- Tutti e 6 Distretti (Foligno, Spoleto, Valnerina, Orvieto, Narni-Amelia, Terni) sono stati coinvolti con il Dipartimento di Prevenzione nello sviluppo del sistema qualità nei servizi vaccinali all'interno del percorso di integrazione tra i vari servizi della Regione Umbria.
Il Distretto di Spoleto ha esteso l'accreditamento alla **RSA** ed all'**Hospice**.
- **Servizi dell'Area Centrale:** sono certificati Fisica Medica, Attività tecniche, manutentive ed Ingegneria Clinica, Economico-Finanziario, Acquisizione Beni e Servizi, Formazione ed Ufficio di Piano e tutti hanno mantenuto e proseguito la metodologia lavorativa secondo logica SGQ.

Tutte le procedure aziendali emesse sono gestite e registrate nel documento “Registro Gestione documentazione del Sistema Qualità”,

Ad oggi sono state effettuate tutte le verifiche esterne di certificazione ed accreditamento programmate sia dalla Regione, sia da CSQ.

Tutti gli accreditamenti ottenuti sono pubblicati sui Bollettini ufficiali della Regione Umbria. Nel 2018 è stata rinnovata per il triennio 2019-2021 la certificazione di qualità nel rispetto dei requisiti della nuova ISO 9001:2015.

Struttura	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lab. Analisi Foligno													
Lab. Analisi Spoleto													
Servizio Immuno-Trasfusionale													
Serv. Formazione Az.													
S.C. Radiologia Foligno													
Radiologia interventistica -Angiografia													
Rad. Senologica – Screening mammografico -													
Neuroradiologia													
Serv. Farmacia Az.													
Anatomia e istologia Patologica aziendale													
S.S PET-TC- Medicina Nucleare													
Direz. Sanitaria Ospedale Spoleto													
Direz. Sanitaria Ospedale Foligno													

Serv. Acquisizione beni e servizi													
Programmazione e C. di G.													
Contabilità Generale													
S.C. Radiologia di Spoleto													
Servizio Qualità e Accreditamento													
Fisica Medica													
Attività Tecniche Manut. – Ingegneria Clinica													
Unità Gravi Cerebro-Lesioni Acquisite													
S.C. Riabilitazione intensiva neuromotoria di Trevi													
SC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura -Foligno													
SC Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Foligno													
Hospice Spoleto													
Blocco Operatorio e SOPI Ospedale di Foligno													
Emodinamica													
Neurofisiopatologia													
SC Ortopedia e Traumatologia Foligno													
SC Chirurgia Generale Foligno													
SS Chirurgia Vascolare													
SS Chirurgia Toracica													
Sc Oculistico Foligno													

QUALITÀ PERCEPITA

Il Servizio Qualità e Accreditamento Aziendale insieme ai servizi coinvolti nel sistema qualità ha realizzato indagini di **Qualità Percepita** per la rilevazione della “soddisfazione del paziente”.

I questionari proposti per rilevare la “soddisfazione del cliente” sono progettati secondo la logica di processo, in riferimento al percorso assistenziale.

I processi principali comprendono tutte quelle attività che il DPCM 19 maggio 1995 chiama “momenti di esperienza” della persona assistita a contatto con la struttura sanitaria e con le persone che in essa operano richiamando tutti a considerare i momenti di comunicazione come fondamentali per la efficacia della cura.

I questionari mirano a valutare le aree relative all’esperienza del paziente, con particolare riguardo agli ambiti dell’umanizzazione, della relazione umana e dell’attività assistenziale, al personale, agli aspetti organizzativi, agli ambienti, ai servizi di contorno sia in termini generali che analitici. Inoltre, vogliono indagare in modo dettagliato le informazioni ricevute nelle varie articolazioni aziendali, il rispetto della privacy ed i risultati di assistenziali intesi come percezione di guarigione ed impatto sulla qualità della vita.

E’ prevista, inoltre, nella parte finale una valutazione complessiva sull’esperienza di cura.

La progettazione dei questionari ha fatto riferimento alla tecnica della valutazione della soddisfazione ponderata.

Il Rischio clinico

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

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

Al fine di promuovere la cultura della sicurezza, ridurre il verificarsi degli eventi avversi, promuovere le segnalazioni di incidenti e quasi-incidenti (*near misses*) per apprendere dall'esperienza e per diminuire la probabilità che siano intraprese azioni legali da parte dei pazienti, viene definito annualmente il Piano di attività per la Gestione del Rischio Clinico. Con Delibera del Commissario Straordinario n.448 del 26/06/2019 in recepimento della DGR 6776/2018 ed in continuità con i precedenti Piani di attività è stato redatto il PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2019- 2021 che identifica le misure di prevenzione e le barriere protettive a maggiore impatto in termini di sicurezza per il paziente ponendo al centro dell'attenzione il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari e promuovendo la partecipazione dei pazienti e dei loro familiari.

La collaborazione e l'impegno degli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali ha consentito l'attuazione degli interventi per la riduzione del rischio clinico ed il raggiungimento degli obiettivi definiti per la sicurezza delle cure per l'anno 2019.

In attuazione del Piano di Formazione 2019 sono stati realizzati quattro corsi articolati in 17 edizioni con l'obiettivo formativo di sistema "La sicurezza del paziente e risk management". Nel 2019 è stata introdotta come area tematica formativa la Prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza. In quest'ambito sono stati realizzati due corsi: il primo corso, "La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza", si è posto come obiettivo la conoscenza e l'applicazione delle pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici. Il secondo corso, "La lotta alla sepsi per la sicurezza del paziente: l'implementazione delle linee d'indirizzo regionali", ha avuto l'obiettivo di incrementare le conoscenze rispetto alla sepsi e allo shock settico e diffondere le Linee d'indirizzo regionali per la Gestione della Sepsi e dello shock settico.

I dati dell'*incident reporting* riferito al 2019 con 122 segnalazioni mostrano un ulteriore incremento del dato rispetto alle 94 segnalazioni nel 2018, della cultura alla segnalazione e della capacità degli operatori di imparare dall'errore e dall'esperienza; anche i "giri per la sicurezza", Safety Walk Round (SWR), svolti nel 2019 avvalorano quanto detto.

Si è proseguito con la gestione ed il monitoraggio degli eventi sentinella in applicazione della Procedura aziendale e del Protocollo ministeriale. Per ogni evento si è svolta un'analisi volta all'identificazione dei fattori contribuenti e alla definizione

delle azioni correttive, preventive o di miglioramento. Nell'anno 2019 nella USL Umbria n. 2 sono stati segnalati 10 eventi sentinella ed inseriti nel SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). L'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di paziente" ne rappresenta il 60%.

Le cadute, indipendentemente dal loro esito, rappresentano l'evento avverso più segnalato (n. 238 cadute, 64% di tutti gli eventi avversi del 2019) e vengono gestite in applicazione della procedura generale aziendale "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita".

Le segnalazioni degli episodi di violenza a danno degli operatori nel 2019 hanno registrato un aumento con 66 segnalazioni rispetto alle 47 nel 2018. In attuazione delle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario", DGR 518 del 30.4.2019, a giugno 2019 è stato istituito il gruppo di coordinamento aziendale con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di una policy aziendale contro gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari. Nel Piano Formativo Aziendale 2019 è stato inserito altresì il corso "La prevenzione degli episodi di aggressione contro gli operatori sanitari e l'importanza di una comunicazione corretta tra operatore ed utente" che si pone l'obiettivo di conoscere i rischi specifici connessi con l'attività svolta, apprendere i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre a episodi di violenza e di applicare i metodi per la prevenzione e gestione degli stessi.

In applicazione del Piano per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza 2018-2020 (Delibera DG n. 1757/2018) nel 2019 è continuato il monitoraggio della corretta applicazione delle Procedure Generali "Igiene delle mani" e "Antibiotico profilassi perioperatoria". Al fine di ridurre il rischio delle infezioni delle vie urinarie catetere-associate, le infezioni correlate all'assistenza più frequentemente riscontrate nelle nostre strutture, e con lo scopo di definire le modalità di intervento per la loro prevenzione e trattamento è stata redatta e diffusa la Procedura generale "Prevenzione e trattamento delle infezioni delle vie urinarie catetere associate".

Con lo scopo di prevenire gli errori in terapia farmacologica nel 2019 il processo di informatizzazione della terapia farmacologica è stato aggiornato, esteso in tutti i presidi ospedalieri ed è stato avviato l'applicativo per la riconciliazione farmacologica.

Principali dati economico finanziari

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

Di seguito si illustrano i risultati economici della gestione degli esercizi contabili precedenti all'anno 2019. Nello specifico, si presenta il confronto dei conti economici 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018

DESCRIZIONE	2014	2015	2016	2017	2018
A) Valore della Produzione	726.508.268	733.130.629	735.492.534	740.288.572	758.623.277
B) Costi della Produzione	718.880.302	719.829.457	721.777.056	734.388.345	756.476.221
(A-B) Differenza tra valori e costi della produzione	7.627.966	13.301.172	13.715.478	5.900.228	2.147.056
C) Proventi ed oneri finanziari	-18.471	-1.580	-2.260	-2.243	105.763
E) Proventi e oneri straordinari	6.416.280	1.530.055	2.897.417	8.515.797	12.321.543
Risultato prima delle imposte (A -B +/-C +/-D +/-E)	14.025.775	14.829.646	16.610.634	4.413.782,00	14.574.362
Imposte sul reddito	13.912.952	14.587.612	14.547.814	14.332.304	14.471.250
RISULTATO DI ESERCIZIO	112.822	242.034	2.062.820	81.478	103.112

Valori vs Costi della Produzione anni 2014-2018



Da una analisi delle voci di ricavo emerge che il valore della produzione dell'esercizio 2018 è pari a € 756.476.221, in aumento rispetto agli anni precedenti (2017-2016-2015-2014).

L'aumento del valore della produzione dell'esercizio 2018 non si correla con una diminuzione dei costi della produzione, che risultano in leggero aumento rispetto agli anni precedenti.

RISULTATO DI ESERCIZIO 2018

Il risultato di esercizio 2018, rilevato in sede consuntiva del conto economico, evidenzia un risultato positivo (utile di esercizio 2018: 103.112 euro).

Dati economici e finanziari - Anno 2018		
Costi per livello di assistenza*	assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	29.880 (importo €/1000)
	assistenza distrettuale	433.654 (importo €/1000)
	assistenza ospedaliera	303.908 (importo €/1000)
Costi per il personale		194.449.741
Costi di produzione		758.623.277
Valore della produzione		756.476.221
Differenza tra valori e costi della produzione		2.147.056
Utile dell'esercizio		103.112

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

GLI INVESTIMENTI

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

La scelta specifica degli investimenti, è stata definita dal:

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

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

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

I Servizi Sanitari erogati

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

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica

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

2. Assistenza distrettuale

- a) assistenza sanitaria di base:
 - lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
 - l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
 - l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità

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

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

- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti;
- assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita;
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali;
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità;
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche.

3. Assistenza ospedaliera

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

4. Assistenza specifica a particolari categorie

- assistenza agli invalidi;
- persone affette da malattie rare;
- persone affette da malattie croniche e invalidanti;
- persone affette da fibrosi cistica;
- nefropatici cronici in trattamento dialitico;
- persone affette da Morbo di Hansen;
- persone con infezione da HIV/AIDS;
- persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità;
- persone con disturbi dello spettro autistico;
- assistenza sanitaria all'estero;
- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale;

- cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno.

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

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

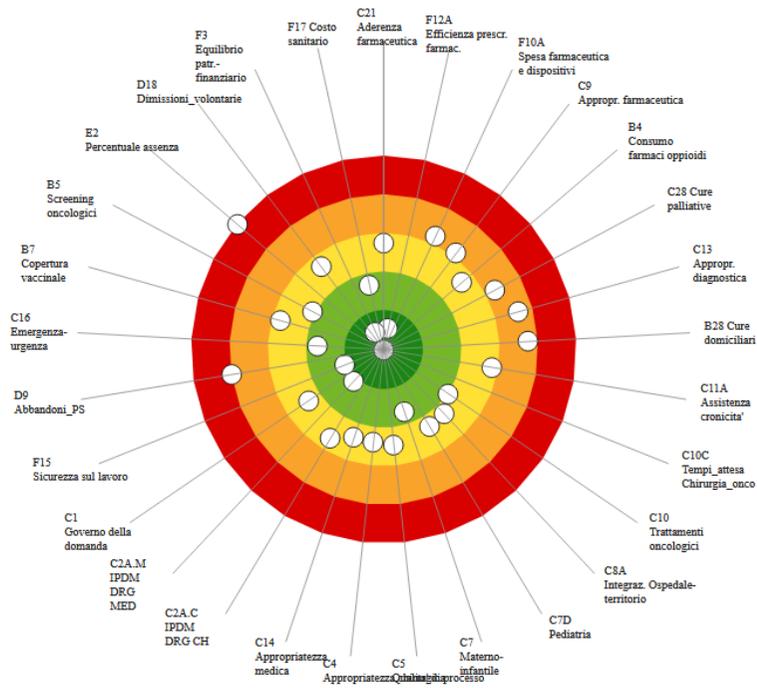
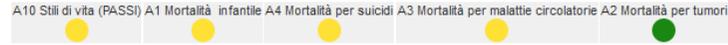
Il contesto sanitario è per sua natura complesso. Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performances ottenute dai soggetti del sistema considerando diverse prospettive.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

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

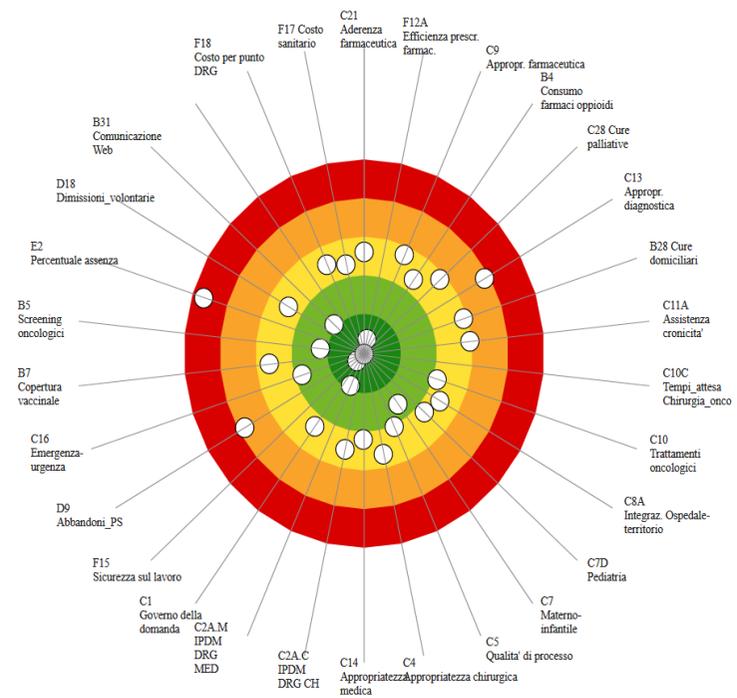
Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali è stato attivato nel 2008 ed ha portato alla selezione di indicatori volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario. I risultati sono rappresentati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

Di seguito il bersaglio aziendale del 2015, 2016, 2017 e 2018.

USL Umbria 2 Bersaglio 2017



USL Umbria 2 Bersaglio 2018



PIANO NAZIONALE ESITI E TREEMAP

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

Obiettivi principali del PNE sono:

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

Gli indicatori utilizzati da PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni

ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi.

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

o le funzioni di produzione, attribuendo i pazienti/trattamenti all'ospedale o servizio di cura, definito con criteri specifici per ciascun indicatore,

o le funzioni di tutela e committenza attribuendo i pazienti/trattamenti all'area di residenza.

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

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

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

Treemap – Livelli di aderenza

Livello di aderenza a standard di qualità



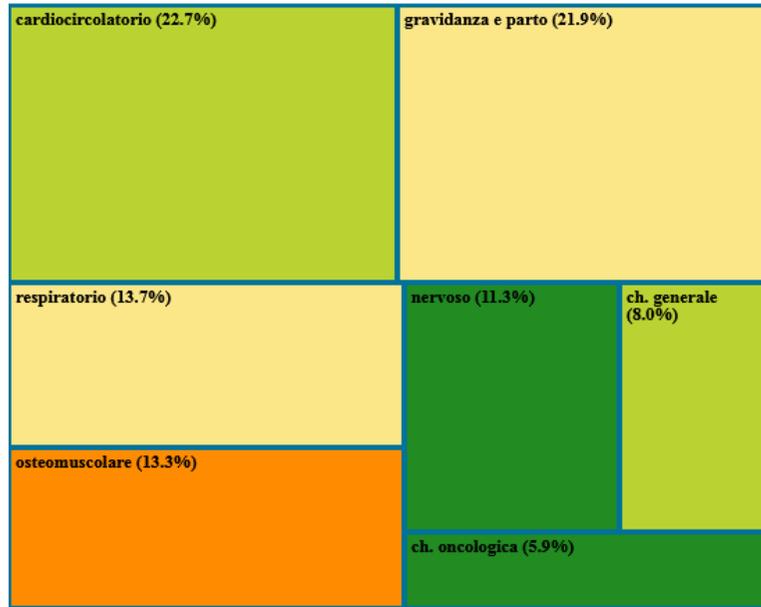
È possibile consultare anche il grafico con i risultati in dettaglio per singolo indicatore ("Vai al dettaglio"). Sono consultabili, inoltre, gli standard di qualità che definiscono le classi di valutazione per ciascun indicatore ("Standard di qualità") e la metodologia utilizzata per il calcolo dei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

Di seguito si riporta quanto pubblicato per gli Ospedali DEA di I livello della USL Umbria n. 2 nel confronto 2016-2017 (non risulta ancora pubblicato il 2018 nel PNE) che mostra miglioramenti del grado di aderenza agli standard di qualità in diverse aree in tutti gli ospedali.

Treemap – Ospedale di Foligno - Confronto Anni 2016 – 2017

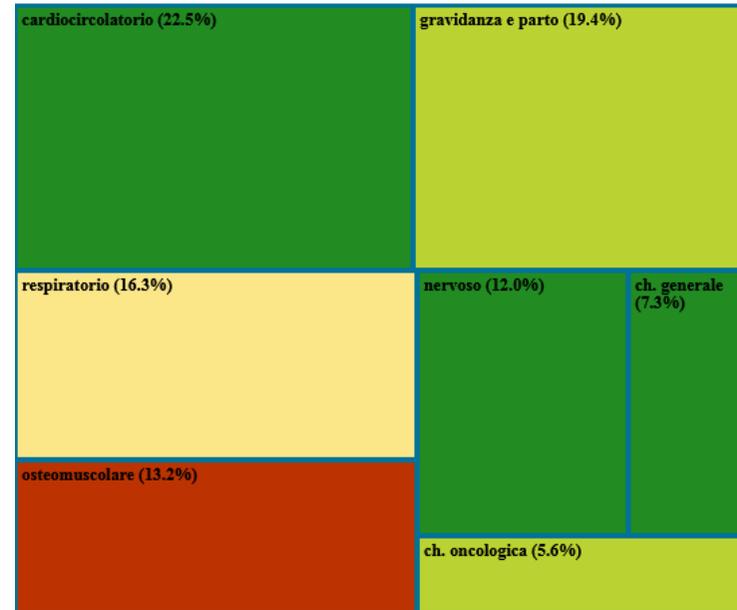
ANNO 2016

Livello di aderenza a standard di qualità



ANNO 2017

Livello di aderenza a standard di qualità



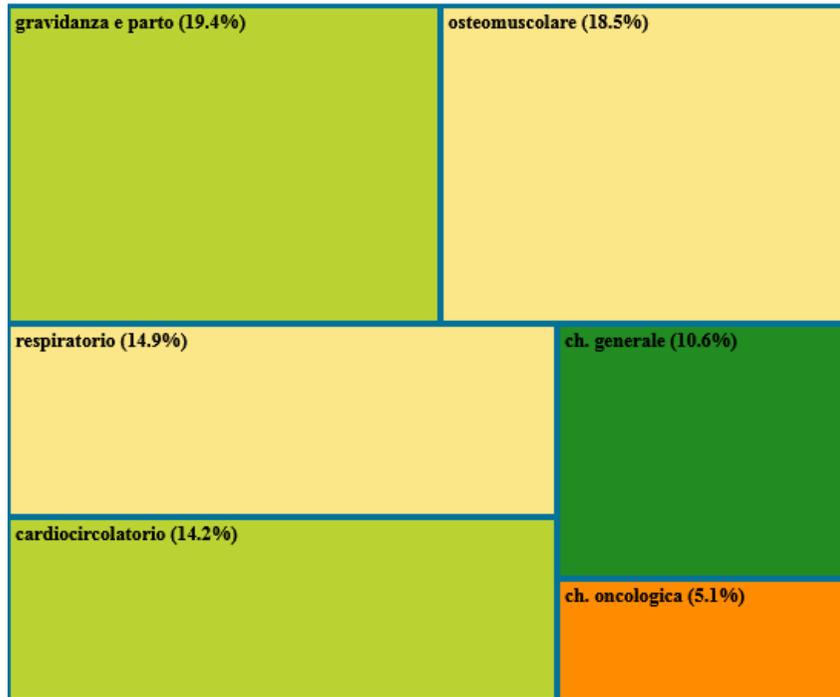
Si registra un miglioramento nelle aree cliniche del cardiocircolatorio, della gravidanza e parto e della chirurgia generale; un peggioramento in quella osteomuscolare e chirurgia oncologica.

Treemap – Ospedale di Spoleto - Confronto Anni 2016 – 2017

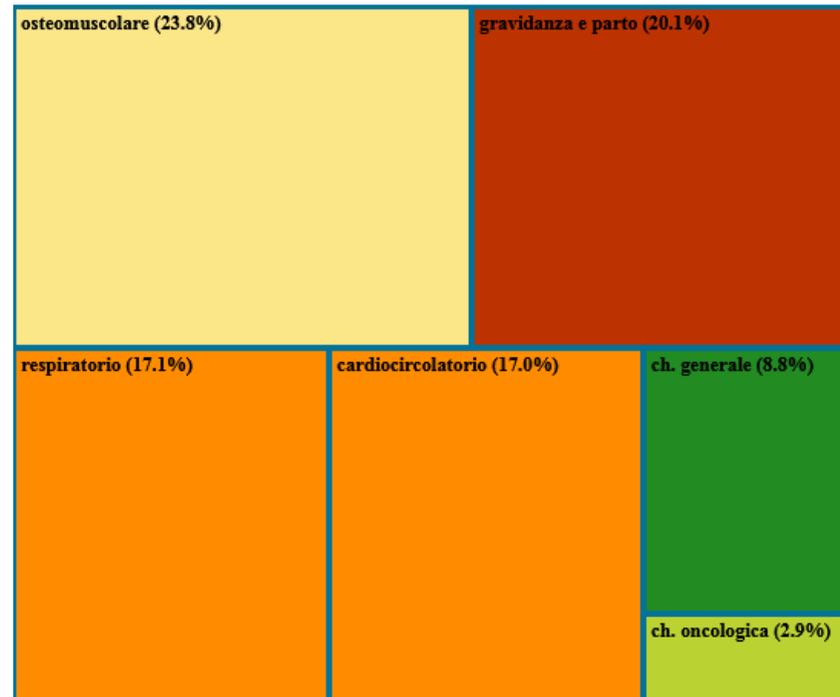
ANNO 2016

ANNO 2017

Livello di aderenza a standard di qualità



Livello di aderenza a standard di qualità



Si registra un miglioramento nell'area della chirurgia oncologica; in peggioramento o stabili le altre aree.

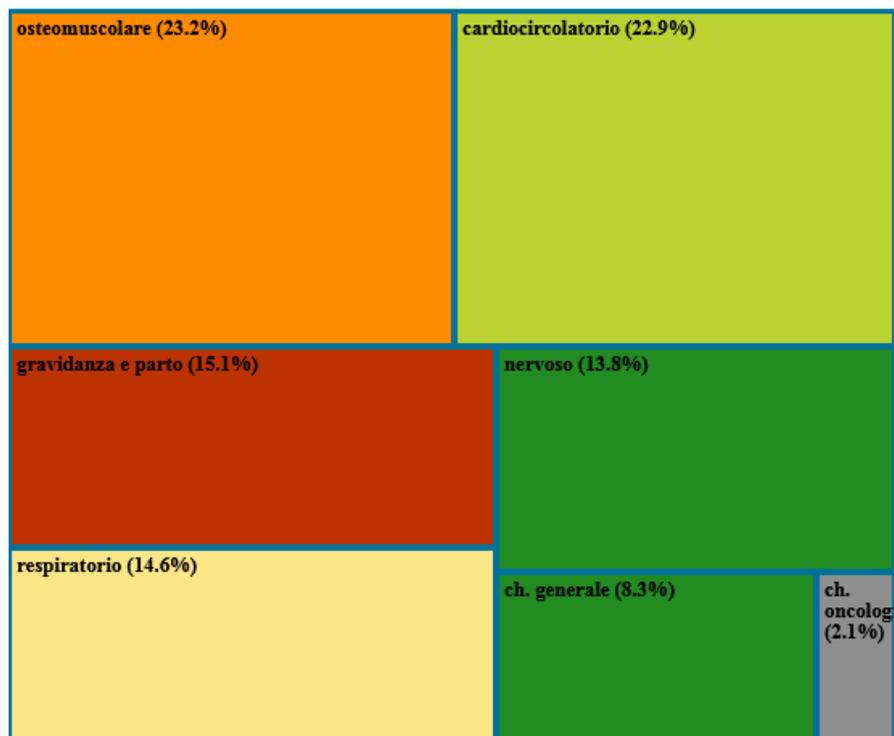
Treemap – Ospedale di Orvieto - Confronto Anni 2016 – 2017

ANNO 2016

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica

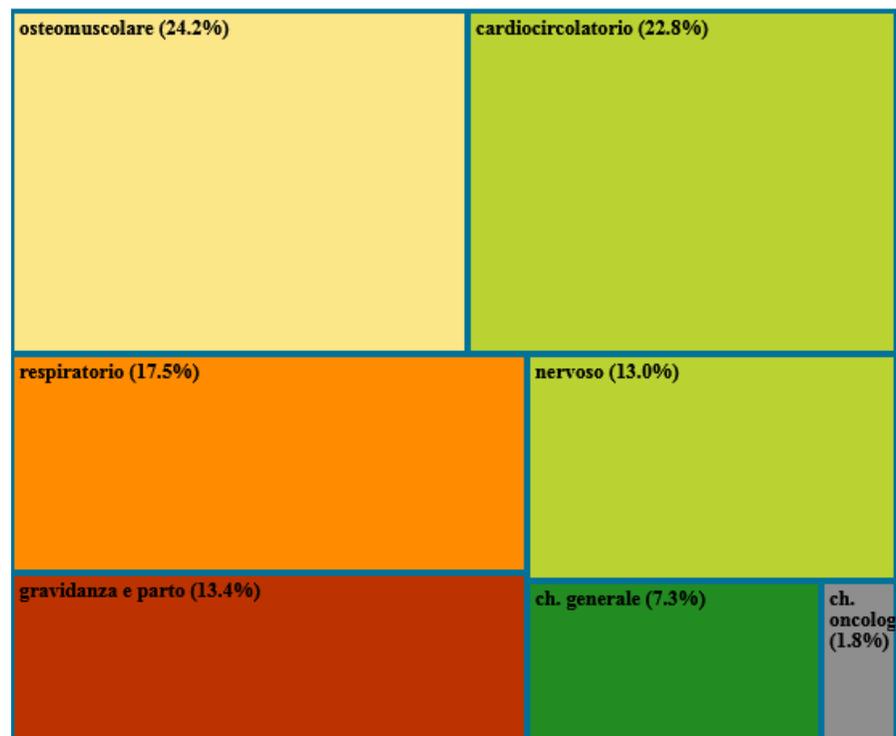


ANNO 2017

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso
 ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Si registra un miglioramento nell'area osteomuscolare; in peggioramento o stabili le altre aree.

PARTE TERZA

Albero della Performance: declinazione degli obiettivi strategici ed operativi 2020-2022

Mission e vision aziendali

L'Azienda USL Umbria n. 2:

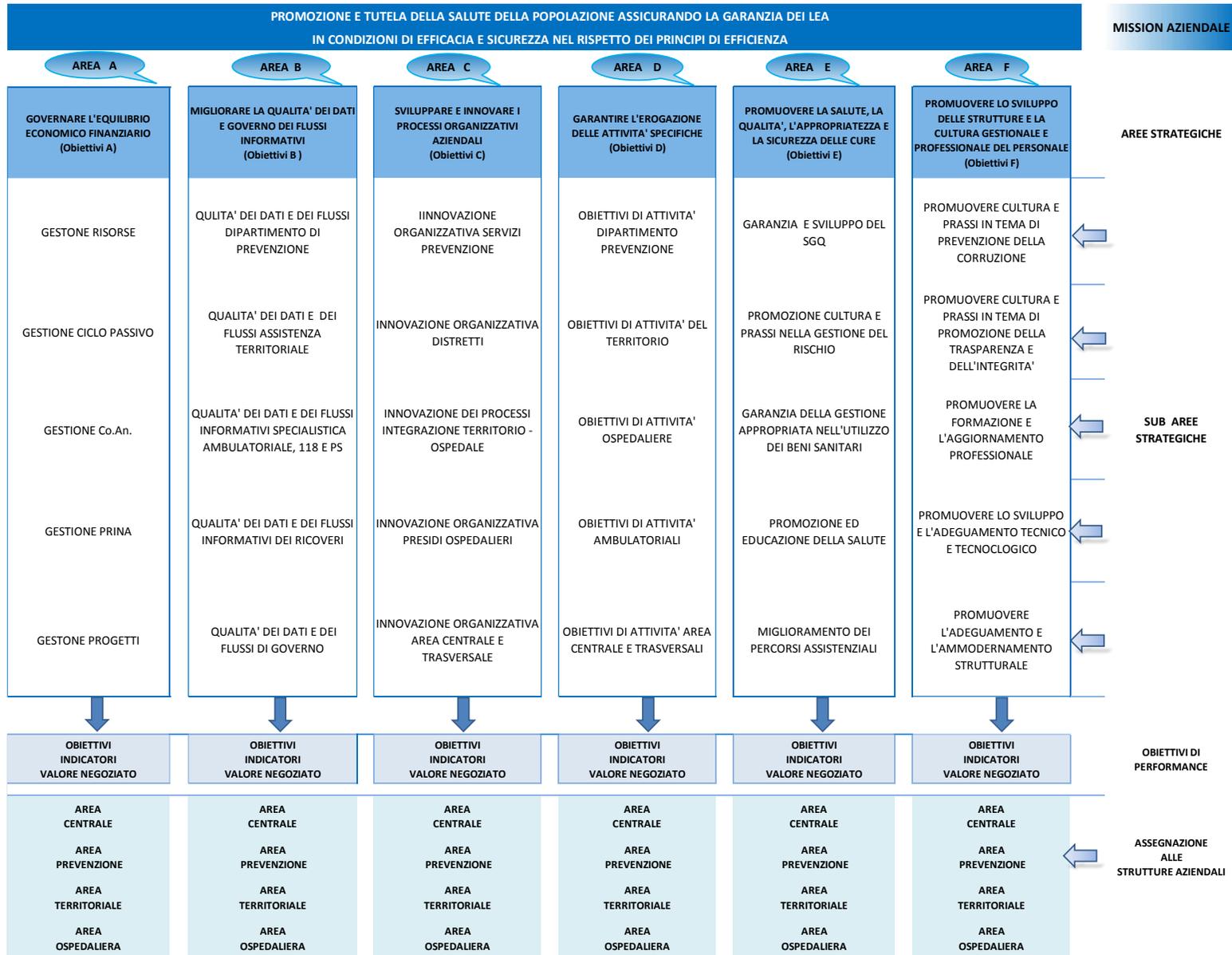
- agisce, in collaborazione con altri soggetti, per la promozione, la produzione ed il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione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

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

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

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

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



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

Obiettivi AREA STRATEGICA A - GOVERNARE L'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

CODICE	SUB-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
A1	GESTIONE RISORSE	Governare la gestione delle risorse assegnate come O.d.S. (Ordinatore della spesa) attraverso la tenuta sotto controllo del budget con monitoraggio dei costi per fattore produttivo e rendicontazione in sede di verifica della spesa trimestrale	Numero variazioni rispetto al budget concordato in sede di verifica della spesa nel mese successivo alla stessa	0	0	0
A2	GESTIONE CICLO PASSIVO	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto delle procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo	Tempi medi di pagamento dei fornitori	< = 60 gg.	< = 60 gg.	< = 60 gg.
A3	GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA (Co.An.)	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica a seguito dell'adozione da parte del ministero dei nuovi modelli economici di cui al D.M. 24/05/2020	Congruità nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine (Rispetto dei fattori produttivi e del piano dei CdC)	100%	100%	100%
A4	GESTIONE PRINA	Assicurare la corretta gestione del PRINA attraverso la rendicontazione dell'utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo del format stabilito al fine di perseguire gli obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni"	Relazione sulle attività svolte (art.18) e alimentazione format di rendicontazione dei costi su base trimestrale e come consuntivo per la chiusura d'esercizio	100%	100%	100%
A5	GESTIONE PROGETTI	Garantire la corretta gestione dei progetti finalizzati di cui ai Contributi in conto esercizio vincolati	Corretta applicazione della procedura Aziendale "POS 11 EC. Finanz" del 05/07/2017	100%	100%	100%

Obiettivi AREA B - MIGLIORARE LA QUALITA' DEI DATI E GOVERNO DEI FLUSSI INFORMATIVI

CODICE	SU-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
B1	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi alle attività della Prevenzione attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nei sistemi gestionali preposti per alimentare le informazioni sulle attività del Dipartimento di Prevenzione	% di informazioni complete nei tempi previsti nei flussi specifici delle strutture del Dipartimento di Prevenzione	= > 99%	= > 99%	= > 99%
B2	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI ASSISTENZA TERRITORIALE	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza domiciliare attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAD nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIAD (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza agli anziani e il flusso FAR nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso FAR (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni presenti e complete)	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai malati terminali attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sulle cure palliative e il flusso Hospice nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso HOSPICE (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % valutazioni alla dimissione)	= > 99%	= > 99%	= > 99%

		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della Salute Mentale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza della salute mentale e il flusso SISM nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SISM (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % presenza della diagnosi, % chiusura progetto entro 180 gg. in assenza di prestazioni erogate nell'assistenza territoriale)	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza della NPI attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza NPI nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per l'assistenza NPI (indicatori procedura: % anagrafiche complete e corrette, % anagrafiche di servizio complete e corrette, % presenza della diagnosi)	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai pazienti con dipendenze patologiche attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale MFp3 per alimentare le informazioni sull'assistenza per le dipendenze patologiche il flusso SIND	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per il flusso SIND	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza consultoriale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale specifico per alimentare le informazioni dell'assistenza consultoriale	% di informazioni complete e corrette nei tempi previsti per l'assistenza consultoriale	= > 99%	= > 99%	= > 99%

		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale per l'assistenza ai disabili attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale Atl@nte per alimentare le informazioni sull'assistenza ai disabili	% di informazioni complete e corrette per l'assistenza ai disabili: inserimento programmazione giornate di assistenza per i centri diurni e validazione della presenza, presenza scheda SVAMDI informatizzata per tutti i casi, presenza delle scale FNA per i gravissimi disabili	= > 99%	= > 99%	= > 99%
B3	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, 118 E PS	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi alle attività ambulatoriali per il governo delle liste di attesa attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti	% di validazione dell'erogato nei tempi previsti per le prestazioni programmate di primo accesso effettuate in maniera attiva dalla struttura	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la verifica dell'appropriatezza alle attività ambulatoriali per il governo delle liste di attesa attraverso la rilevazione della concordanza da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti per le prestazioni RAO	% di rilevazione della concordanza nei tempi previsti per le prestazioni RAO	= > 99%	= > 99%	= > 99%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza in Pronto Soccorso e di 118 attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per alimentare le informazioni sull'assistenza in PS nel SW SINCOS DEA e sull'assistenza in 118 nel SW Beta 80	% di informazioni complete e corrette anche attraverso il controllo di qualità dei dati registrati nei tempi previsti per i dati del PS e del 118	= > 99%	= > 99%	= > 99%
B4	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI DEI RICOVERI	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali, regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposte per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	% di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione	= > 99%	= > 99%	= > 99%

		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica in almeno il 10% della casistica	'> 10%	'> 10%	'> 10%
		Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso il controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento in particolare per la casistica relativa agli allegato 6A e 6B del DPCM 2017 in almeno il 2,5% della casistica	'> 2,5%	'> 2,5%	'> 2,5%
		Rendicontazione periodica e annuale delle attività per interni di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito	Trasmissione dati per interni richieste al controllo di gestione su base trimestrale, su format/tracciato record prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	= > 99%	= > 99%	= > 99%
B5	QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI DI GOVERNO	Migliorare la qualità dei flussi informativi aziendali regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP...) e la trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	100%	100%	100%
			% modelli inviati completi e nei tempi previsti rispetto alle strutture di riferimento	100%	100%	100%

Obiettivi AREA C - SVILUPPARE E INNOVARE I PROCESSI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

CODICE	SUB-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
C1	IINNOVAZIONE ORGANIZZATIVA SERVIZI PREVENZIONE	<p>Analisi dell'organizzazione dei servizi del Dipartimento e individuazione dei processi di riorganizzazione utili a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziare le misure di prevenzione della corruzione - potenziare le misure di trasparenza - assicurare e garantire equità di accesso ai LEA nei diversi ambiti territoriali - individuare le azioni di programmazione per l'anno successivo 	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione prodotta nei tempi e nel format previsto alla Direzione	Applicazione misure individuate	Verifica di applicazione
C2	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTI	<p>Analisi dell'organizzazione dei servizi del Distretto e individuazione dei processi di riorganizzazione utili a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziare le misure di prevenzione della corruzione - potenziare le misure di trasparenza - assicurare e garantire equità di accesso ai LEA nei diversi ambiti territoriali - individuare le azioni di programmazione per l'anno successivo 	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione prodotta nei tempi e nel format previsto alla Direzione	Applicazione misure individuate	Verifica di applicazione
		<p>Sviluppare la riorganizzazione della medicina territoriale alla luce di quanto definito nell'Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale di cui alla DGR 903/2018 e nei successivi atti aziendali</p>	<p>Consolidamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e definizione degli obiettivi specifici</p> <p>Incontri periodici con Coordinatori di AFT per analisi temi di interesse specifico della Medicina Generale e Zona Distretto</p>	> 4	> 4	> 4

C3	INNOVAZIONE DEI PROCESSI INTEGRAZIONE TERRITORIO - OSPEDALE	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Percentuale di dimissioni protette informatizzate	100%	100%	100%
			Percentuale di congruità fra SDO con dimissione in ADI e Strutture Territoriali/N. prese in carico in ADI e in SR provenienti da dimissione ospedaliera	100%	100%	100%
		Promuovere la riorganizzazione dei servizi ambulatoriali per la presa in carico dei pazienti seguiti dai servizi	Completamento percorsi di secondo livello con prescrizioni esami di accesso successivo su ricettario elettronico nel rispetto delle regole del PRGLA e del PAAGLA con prenotazione CUP nelle agende di II livello	100%	100%	100%
C4	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA PRESIDI OSPEDALIERI	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) utili a: - potenziare le misure di prevenzione della corruzione - potenziare le misure di trasparenza - assicurare e garantire equità di accesso ai LEA nelle strutture ospedaliere - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati - individuare le azioni di programmazione per l'anno successivo	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione prodotta nei tempi e nel format previsto alla Direzione	Applicazione misure individuate

		Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso l'utilizzo di appropriati setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	N. OBI effettuate/N. OBI effettuabili	= > 97%	= > 97%	= > 97%
		Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Corretta gestione della preospedalizzazione nel rispetto dell'iter in ORMAWEB	100%	100%	100%
C5	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA AREA CENTRALE E TRASVERSALE	<p>Analisi dell'organizzazione della Struttura/Servizio e individuazione dei processi di riorganizzazione utili a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziare le misure di prevenzione della corruzione - potenziare le misure di trasparenza - efficientare i processi amministrativi di pertinenza - individuare le azioni di programmazione per l'anno successivo 	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione di riferimento contenente l'analisi richiesta e le misure individuate	Relazione prodotta nei tempi e nel format previsto alla Direzione	Applicazione misure individuate

Obiettivi AREA D - GARANTIRE L'EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE

CODICE	SUB-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
D1	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Migliorare i tassi di adesione alla campagna vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS, dando attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente al fine di garantire un'adeguata prevenzione delle malattie infettive	Miglioramento dei tassi di copertura delle vaccinazioni obbligatorie e antinfluenzale per gli ultra 65enni	= > valore 2019	= > valore 2020	= > valore 2021
		Promuovere l'omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza e controllo previste dai Piani di Vigilanza attraverso: - l'effettuazione di prelievi di acqua potabile nei pubblici acquedotti - i controlli degli impianti natatori pubblici e/o privati	N. controlli e prelievi effettuati	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
		Promuovere la prevenzione delle Malattie Oncologiche -Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale	Miglioramento dei tassi di adesione alle campagne di screening	= > valore 2019	= > valore 2020	= > valore 2021
		Sostenere I programmi di Sorveglianza della Salute della popolazione e promuovere i programmi di Promozione ed Educazione della Salute attraverso azioni specifiche	Attivazione e realizzazione dei programmi e dei progetti di promozione della salute pervisti dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
		Promozione della salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro mantenendo adeguati livelli di vigilanza	Copertura dei controlli, delle ispezioni, delle verifiche e dei monitoraggi negli ambienti di lavoro dei diversi settori (edilizia-agricoltura, altro)	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP	100% di quanto previsto dal PRP
		Promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali	N° inchieste infortuni e malattie professionali concluse	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto

		Promozione della sicurezza alimentare attraverso l'attività di profilassi ordinaria per l'eradicazione delle malattie dei bovini e degli ovicapri	N. allevamenti oggetto di profilassi / N. Allevamenti testati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Promozione della sicurezza alimentare attraverso l'attivazione dei piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti	N. allevamenti oggetto di ispezioni / N. allevamenti controllati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Promuovere la azioni vigilanza negli allevamenti per: - tutelare il benessere animale - controllare la riproduzione animale - controllare i sottoprodotti di origine animale	N° attività e controlli per la tutela del benessere animale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Garantire le azioni previste per effettuare: - Azioni di vigilanza negli allevamenti (alimentazione animale) - Azioni di farmacovigilanza - Ispezioni e i prelievi di matrici alimentari ministeriali	N° attività di vigilanza e ispezione	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale attraverso la sorveglianza e il controllo delle aziende, degli alimenti e delle bevande	N° attività di sorveglianza e di controllo delle aziende, degli alimenti e delle bevande	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		D2	OBIETTIVI DI ATTIVITA' DEL TERRITORIO	Potenziare, migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari garantendo l'integrazione tra i vari attori del sistema, al fine di assicurare la presa in carico globale dell'assistito e assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani	Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani"B.28.1.1. % di anziani >65 anni trattati in ADI"	10%
	Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani"B.28.1.2. % di anziani >65 anni trattati in ADI"			5%	= > valore 2020	= > valore 2021
Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie al fine di ridurre l'istituzionalizzazione attraverso l'utilizzo delle RSA a degenza breve per	Degenza media posti letto RSA			≤ 30 gg.	≤ 30 gg.	≤ 30 gg.

	superare momenti di particolare impegno assistenziale				
	Potenziare, migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali anche attraverso la presa in carico precoce in cure palliative	Presenza in carico dei pazienti in cure palliative	100%	100%	100%
	Migliorare le performance aziendali nell'offerta e nella tempestività dell'erogazioni delle prestazioni territoriali con garanzia della presa in carico per i percorsi specifici	Definizione volumi, tempi di attesa e governo dei percorsi di presa in carico dei pazienti seguiti da: - CSM - Servizi Età Evolutiva - SERD - Consultori - Strutture Riabilitative Territoriali	= > valore 2019	= > valore 2020	= > valore 2021
	Definizione obiettivi specifici di attività per le strutture territoriali	Raggiungimento degli obiettivi assegnati	100%	100%	100%
	Miglioramento, potenziamento e qualificazione dell'assistenza nelle strutture ospedaliere per il raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategie aziendale) per promuovere l'efficacia, l'efficienza e la qualità degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero	Monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi individuati per il presidio e le strutture ospedaliere con il coinvolgimento delle strutture interessate	100%	100%	100%
	Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	N, ricoveri	Dato annuale per struttura	Dato annuale per struttura	Dato annuale per struttura
	Riduzione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,5%	< 0,5%	< 0,35%

D3	OBIETTIVI DI ATTIVITA' OSPEDALIERE	Promuovere l'utilizzo di appropriato dei posti letto e delle giornate di degenza al fine di migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza inappropriate nei reparti chirurgici	Tasso Utilizzo posti letto	> 85%.	> 85%.	> 85%.
			Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1%	<1%	<1%
			C4.1.2 % DRG medici in DS dimessi da reparti chirurgici	<6%	<6%	<6%
			C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1%	<1%	<1%
			C4.1.1 % DRG medici in ricovero ordinario dimessi da reparti chirurgici (C4.1.1)	<18%	<18%	<18%
		Promuovere l'utilizzo di appropriato dei posti letto e delle giornate di degenza per garantire una corretta ospedalizzazione per acuti con riduzione delle giornate di degenza inappropriate nei reparti medici	Tasso Utilizzo posti letto	> 85%.	> 85%.	> 85%.
			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 3%	< 3%	< 3%
			Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1%	<1%	<1%
			Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	< 7 gg.	< 7 gg.
		Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati (LEA CHIRURGICI e MEDICI) in linea con le percentuali definite a livello regionale	= > 95%	= > 95%	= > 95%

		C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	= > 75%	= > 75%	= > 75%
		C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00%	< 18,00%	< 18,00%
		C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 15,00%	< 15,00%	< 15,00%
		% interventi ernia ombelicale trasferibili in ambulatorio	78%	78%	78%
		% interventi ernia inguinale/crurale monolaterale trasferibili in ambulatorio	74%	74%	74%
		% artroscopie trasferibili in ambulatorio	>50%	>50%	>50%
	Migliorare l'assistenza garantendo la qualità clinica e l'efficienza nel trattamento per migliorare il percorso clinico del paziente con rispetto dei volumi e delle soglie di rischio ed esito	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	>55%	>55%	>55%
		% appendicectomie urgenti in laparoscopia donne età 15 - 49 aa (DO)	>90%	>90%	>90%
		C5.2 % fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	>65%	>65%	>65%
		C5.3 % Prostatectomia transuretrale	>85%	>85%	>85%
		C17.1.1 ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella	>150	>150	>150
		N. casi trattati con fibrinolisi/n. totali ictus ischemico	>7%	>7%	>7%

		N. di procedure/anno di angioplastica coronarica percutanea di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	>250	>250	>250
	Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale con rispetto dei volumi e delle soglie di rischio ed esito	C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	< 25% x PN con 1.000 parti < 15% x PN con 500 parti	< 25% x PN con 1.000 parti < 15% x PN con 500 parti	< 25% x PN con 1.000 parti < 15% x PN con 500 parti
		C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)	< 25%	< 25%	< 25%
		C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<5%	<5%	<5%
	Garantire la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ottimizzando il percorso diagnostico-terapeutico anche attraverso la precoce presa in carico dei pazienti - Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero sottoposte a monitoraggio ministeriale	C10.4. 1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	< 25 gg.	< 25 gg.	< 25 gg.
		C10.4. 3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	< 25 gg.	< 25 gg.	< 25 gg.
		C10.4. 4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	< 25 gg.	< 25 gg.	< 25 gg.
		C10.c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	< 25 gg.	< 25 gg.	< 25 gg.
	Promuovere la qualità del processo assistenziale grazie al miglioramento dell'accoglienza del paziente	D 8 % abbandoni volontari da Pronto Soccorso	< 3%	< 2,5%	< 2 %

		Promuovere l'efficienza del Pronto Soccorso attraverso il contenimento del tasso di ospedalizzazione del PS anche attivando le consulenze in DEA da parte dei servizi specialistici al fine di migliorare i tempi di attesa, l'appropriatezza dei ricoveri e promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Percentuale di accessi di PS non seguiti da ricovero	> 85%	> 85%	> 85%
			C 16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	> 90%	> 90%	> 90%
			C 16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora	> 90%	> 90%	> 90%
		Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso: - la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria - la qualificazione dell'attività di Osservazione Breve - il monitoraggio tempi di attesa per codice colore	C 16.3 % accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	> 90%	> 90%	> 90%
			C 16.4 % accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	> 90%	> 90%	> 90%
			C 16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> 65%	> 65%	> 65%
			% accessi O.B. non seguiti da ricovero	>80%	>80%	>80%
D4	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AMBULATORIALI	Potenziare e qualificare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei tempi di attesa in aderenza alla DGR 610/2019 e alla Delibera Aziendale 502/2019	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve	Dato annuale per struttura	Dato annuale per struttura	Dato annuale per struttura

			essere inferiore a quello istituzionale			
			Controllo sistematico di verifica del livello di raggiungimento dei volumi, dei tempi di attesa e degli obiettivi individuati per l'offerta delle prestazioni ambulatoriali con il coinvolgimento delle strutture interessate con effettuazione controlli sul 100% della reportistica inviata	100%	100%	100%
			Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	= > 85%	= > 85%	= > 85%
			% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=120 gg) e per i non RAO (30 gg per le visite e 60 gg. per le prestazioni diagnostiche)	= > 90%	= > 90%	= > 90%
		Promuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di diagnostica per immagini attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	Tempo medio di attesa per il rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture	gg. lavorativi per struttura	gg. lavorativi per struttura	gg. lavorativi per struttura
D5	OBIETTIVI DI ATTIVITA' AREA CENTRALE E TRASVERSALI	Definizione obiettivi specifici di attività per le strutture dell'Area Centrale	Raggiungimento degli obiettivi assegnati	100%	100%	100%

Obiettivi AREA E - PROMUOVERE LA SALUTE, LA QUALITA', L'APPROPRIATEZZA E LA SICUREZZA DELLE CURE

CODICE	SUB-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
E1	GARANZIA E SVILUPPO DEL SGQ	Garantire la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare elevati standard aziendali conformi ai livelli previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e/o dalle norme di Certificazione ISO	Obiettivi conseguiti/obiettivi assegnati e indicati nelle schede di dettaglio	100%	100%	100%
E2	PROMOZIONE CULTURA E PRASSI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli e procedure	Obiettivi conseguiti/obiettivi assegnati e indicati nelle schede di dettaglio	100%	100%	100%
E3	GARANZIA DELLA GESTIONE APPROPRIATA NELL'UTILIZZO DEI BENI SANITARI	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari anche attraverso la promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa	Obiettivi conseguiti/obiettivi assegnati e indicati nelle schede di dettaglio	100%	100%	100%
E4	PROMOZIONE ED EDUCAZIONE DELLA SALUTE	Promuovere le attività di promozione e educazione alla salute in aderenza a quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP)	Obiettivi conseguiti/obiettivi assegnati e indicati nelle schede di dettaglio	100%	100%	100%
E5	MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria attraverso la redazione e l'adozione dei documenti di riferimento in ambito SGQ e successiva formazione	N. PDTA redatti, implementati e diffusi / n. PDTA previsti	100%	100%	100%

Obiettivi AREA F - PROMUOVERE LO SVILUPPO DELLE STRUTTURE E LA CULTURA GESTIONALE E PROFESSIONALE DEL PERSONALE

CODICE	SUB-AREA	OBIETTIVI	INDICATORI	TARGET		
				2020	2021	2022
F1	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Prevenire i fenomeni corruttivi attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di prevenzione previste dal PTPCT aziendale per la struttura	N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio	100%	100%	100%
F2	PROMUOVERE CULTURA E PRASSI IN TEMA DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'	Promuovere la trasparenza attraverso l'attuazione e il rispetto delle misure di trasparenza e di integrità previste dal PTPCT aziendale per la struttura	N. misure adottate e rispettate/n. misure previste nella scheda di dettaglio	100%	100%	100%
F3	PROMUOVERE LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	Promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale attraverso l'rogazione delle attività formative inserite nel piano formativo aziendale per l'anno 2020, redatto in accordo con i Dirigenti delle Macrostrutture e dei Dipartimenti	Realizzazione del programma formativo annuale con erogazione dei crediti ECM: - N. Corsi effettuati/N. Corsi previsti	100%	100%	100%
F4	PROMUOVERE LO SVILUPPO E L'ADEGUAMENTO TECNICO E TECNOLOGICO	Realizzare l'adeguamento tecnologico delle strutture in linea con gli standard, l'ammodernamento mobiliare delle strutture e lo sviluppo del sistema informativo aziendale anche attraverso lo sviluppo, il potenziamento, lo snellimento e la centralizzazione degli acquisti centralizzati	N. acquisti effettuati /n. acquisti autorizzati	=> 95%	=> 95%	=> 95%
F5	PROMUOVERE L'ADEGUAMENTO E L'AMMODERNAMENTO STRUTTURALE	Realizzazione del piano degli investimenti e del piano dei lavori al fine di perseguire: - l'ammodernamento delle strutture - il ripristino delle strutture - le verifiche vulnerabilità sismiche e le opere di miglioramento strutturale - l'adeguamento di prevenzione antincendio - l'efficientamento energetico	Realizzazione lavori anno di riferimento nel rispetto del piano triennale dei lavori - Avvio, esecuzione e chiusura lavori come da piano lavori nel rispetto del cronoprogramma	100%	100%	100%

Gli obiettivi di riferimento per l'anno 2020 per tutte le macroarticolazioni e le strutture afferenti sono riconducibili, con obiettivi anche maggiormente dettagliati, alle aree strategiche (sinteticamente intestate nelle schede) e sub-strategiche del presente piano.

PARTE QUARTA

Ciclo di gestione della performance

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

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

Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del piano

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

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

N	Fase del Processo	Attori	Arco temporale (mesi)							
			09/2019	10/2019	11/2019	12/2019	01/2020	02/2020	03/2020	
1	Avvio del processo di elaborazione del Piano	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano Comitato di Budget								
2	Definizione degli obiettivi di performance	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio di Piano Comitato di Budget Responsabili Strutture Aree Centrali Macroarticolazioni aziendali Responsabile per la Trasparenza Responsabile della Prevenzione della Corruzione								
3	Redazione del Documento	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario								

N	Fase del Processo	Attori	Arco temporale (mesi)						
			09/2019	10/2019	11/2019	12/2019	01/2020	02/2020	03/2020
		Ufficio di Piano Servizio Qualità e Accreditamento							
4	Condivisione del Piano della Performance	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Collegio di Direzione							
5	Approvazione ed adozione del Piano	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario NIV							
6	Comunicazione del piano all'interno e all'esterno	Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Ufficio Comunicazione Responsabile per la Trasparenza							

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance è avvenuta in modo integrato con il processo di programmazione e di bilancio economico previsionale attraverso l'inclusione all'interno del Piano degli obiettivi strategici declinati nella Relazione al Bilancio preventivo 2020 e l'attenzione a garantire il collegamento tra gli obiettivi strategici ed operativi del Piano e le risorse finanziarie aziendali e regionali, umane e strumentali, evitando incoerenza e disallineamento tra gli obiettivi previsti e le risorse utili al loro conseguimento.

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

La misurazione e valutazione della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare il Budget permette:

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

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

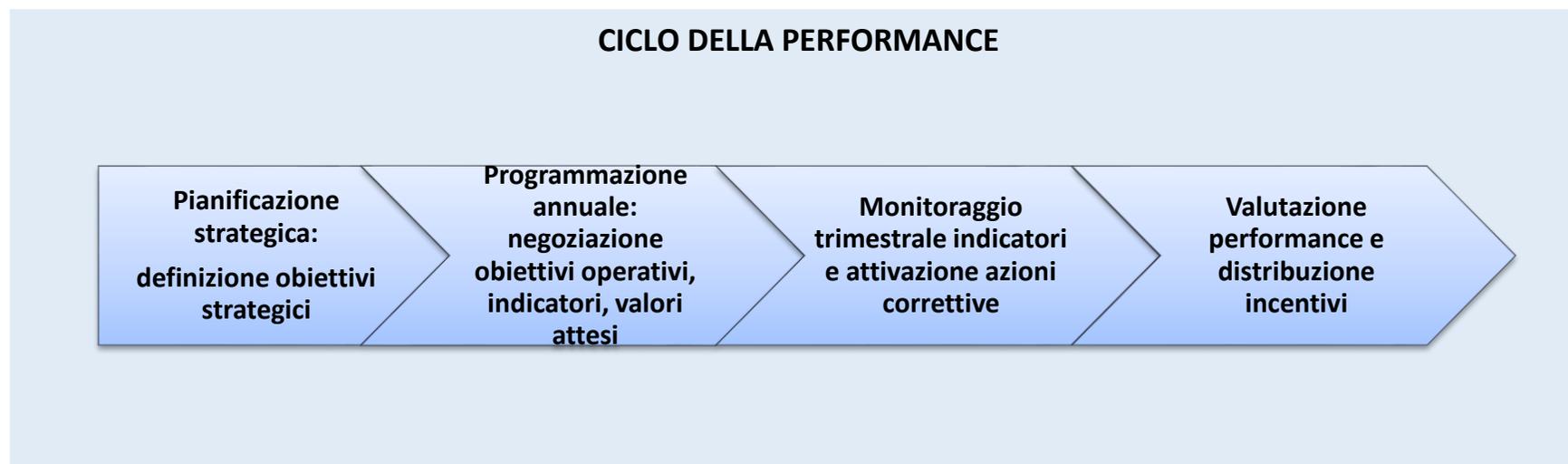
- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione di beni e servizi,
- l'acquisizione di beni sanitari
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la valutazione e delle performance gestionali,
- la valutazione delle performance individuali,
- la formazione,
- la gestione manutentiva del patrimonio immobiliare indisponibile;
- l'adeguamento agli standard qualitativi, tecnologici e strutturali delle strutture aziendali ai requisiti specifici per l'esercizio delle attività istituzionali.

L'Azienda USL Umbria n. 2 ha già redatto nei mesi di Novembre e di Dicembre 2019 la "Procedura annuale del budget 2020", che descrive il processo di Programmazione e Controllo attivato dalla Direzione Aziendale, tracciandone le linee strategiche e le priorità di intervento per l'anno 2020, fornendo le indicazioni sul percorso operativo di budget ed i contenuti, le modalità e la tempistica per la definizione dei programmi di attività della USL Umbria n. 2 per l'anno 2020, nonché sulle modalità di verifica

dell'andamento del budget e sulle modalità di valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget per l'anno 2020.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi operativi assegnati al personale

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

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

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

I cardini di tale pianificazione sono caratterizzati da:

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

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

La scheda è articolata in due sezioni distinte:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione della performance

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

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

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

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

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

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

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

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

- con Delibera del Direttore Generale n. 332 del 03.04.2015 ha nominato il nuovo Responsabile della Prevenzione della corruzione ed il nuovo Responsabile della Trasparenza, a causa della cessazione del rapporto di lavoro della precedente responsabile;
- con Delibera del Direttore Generale n. 116 del 31.01.2019 ha adottato il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Triennio 2019/2021".

È aggiornato il "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Triennio 2020/2022".

Per rendere stringente l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione, il presente Piano della Performance assume le misure contenute nel PTPC e nel Programma triennale per la Trasparenza 2020/2022 come veri e propri obiettivi di performance organizzativa e individuale.

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

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

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

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

Nel rispetto delle indicazioni già proposte dal Nucleo Interno di Valutazione per l'anno 2016, le schede obiettivi 2020 presentano specifici collegamenti con l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nelle schede degli obiettivi sono stati inseriti obiettivi (schede di dettaglio per le strutture che riprendono gli stessi obiettivi definiti nel PTPCT) per la realizzazione dei programmi specifici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza ed è specificato quanto segue:

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

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

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

COMUNICAZIONE DEL PIANO DEL PERFORMANCE

La comunicazione del Piano della Performance 2020-2022 seguirà le seguenti modalità:

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

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

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

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

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

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

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