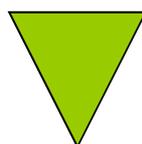




USLUmbria**1**

PIANO DELLE PERFORMANCE 2019-2021



www.uslumbria1.gov.it

INDICE

Premessa	pag. 2
Significato del Piano delle Performance	pag. 3
Identità dell'azienda Unità Sanitaria Locale	pag. 9
Chi siamo	pag. 9
Missione	pag. 10
L'Organizzazione Aziendale	pag. 10
Il contesto in cui operiamo	pag. 19
Cosa facciamo e come operiamo	pag. 21
Le Risorse Umane	pag. 21
Quadro economico e Finanziario	pag. 23
La salute che produciamo	pag. 24
Assistenza Territoriale	pag. 24
Assistenza Ospedaliera	pag. 28
Prevenzione collettiva e sanità pubblica	pag. 33
La performance della USL Umbria n.1	pag. 36
Albero della performance: aree strategiche e obiettivi operativi	pag. 40
Ciclo di gestione della performance	pag. 48

Premessa

Il Piano della Performance (in seguito “Piano”), come previsto dalla normativa nazionale (D.Lgs 150/2009), consiste nel documento programmatico di durata triennale (2019-2021), declinato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali, attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, vengono individuati gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della performance.

E’, quindi, lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, monitoraggio, misurazione, rendicontazione e valutazione.

L’elaborazione del Piano della Performance, effettuata in conformità alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell’Azienda USL Umbria n.1.

Il Piano, pertanto, permette di definire e misurare la performance aziendale, valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders. Con la sua adozione, inoltre, l’azienda vuole orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell’organizzazione al fine di ottenere una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e una maggior attenzione di queste verso obiettivi strategici pluriennali, in un’ottica di rendicontazione e trasparenza.

Il Piano è stato strutturato in modo tale da rendere noti al cittadino gli obiettivi, le azioni e i risultati che l’Azienda intende perseguire. La prima parte del documento illustra in breve l’Azienda e le principali attività svolte (“chi siamo”, “cosa facciamo” e “la salute che produciamo”), mentre la seconda parte è focalizzata sul sistema di misurazione della performance, con la sintesi delle aree strategiche aziendali, degli obiettivi di rilevanza per l’utente e relativi indicatori, con attenzione ai sistemi di valutazione utilizzati per monitorare il grado di conseguimento dei risultati.

Il Piano presenta interazioni e collegamenti con tutti gli altri Piani Aziendali, come il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Piano triennale, verrà aggiornato annualmente, in coerenza con gli indirizzi di programmazione strategica regionale, tra cui il nuovo Piano sanitario regionale 2019-2021 in corso di redazione, e con le modifiche, non solo del contesto di riferimento, ma anche delle modalità interne di funzionamento dell’Azienda.

Il Piano viene pubblicato sul sito web istituzionale dell’Azienda (<http://www.uslumbria1.gov.it>) nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Significato del Piano delle Performance

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 adotta il **Piano delle Performance**, strumento organizzativo-gestionale che esplicita i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le strategie e gli obiettivi aziendali mettendo in evidenza il metodo ed il processo attraverso il quale sono stati individuati. Il Piano 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, in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

Tale documento, che si colloca all'interno del **ciclo di gestione della performance**, è collegato agli strumenti istituzionali di programmazione pluriennale e annuale, ovvero recepisce gli indirizzi della programmazione regionale, quali punto di riferimento per la definizione delle strategie aziendali, garantendo adeguata chiarezza e trasparenza delle performance. Le strategie aziendali si concretizzano annualmente nel processo di budget con l'assegnazione, a livello di struttura, di obiettivi e risorse necessarie al loro raggiungimento.

E' necessaria la definizione e assegnazione degli obiettivi e degli indicatori, con i rispettivi target di risultato attesi; il collegamento tra misurazione e monitoraggio in corso di esercizio con attivazione di eventuali interventi correttivi; la misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale; l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; la rendicontazione dei risultati interna ed esterna all'Azienda.

Il Piano delle Performance deve essere visto anche come uno strumento di forte orientamento per la guida dell'azienda per:

- operatori interni, al fine di orientare l'attività direzionale, ricostruendone "l'ambizione collettiva" e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche;
- utenti esterni, al fine di rappresentare ai diversi portatori di interesse, le priorità strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti.

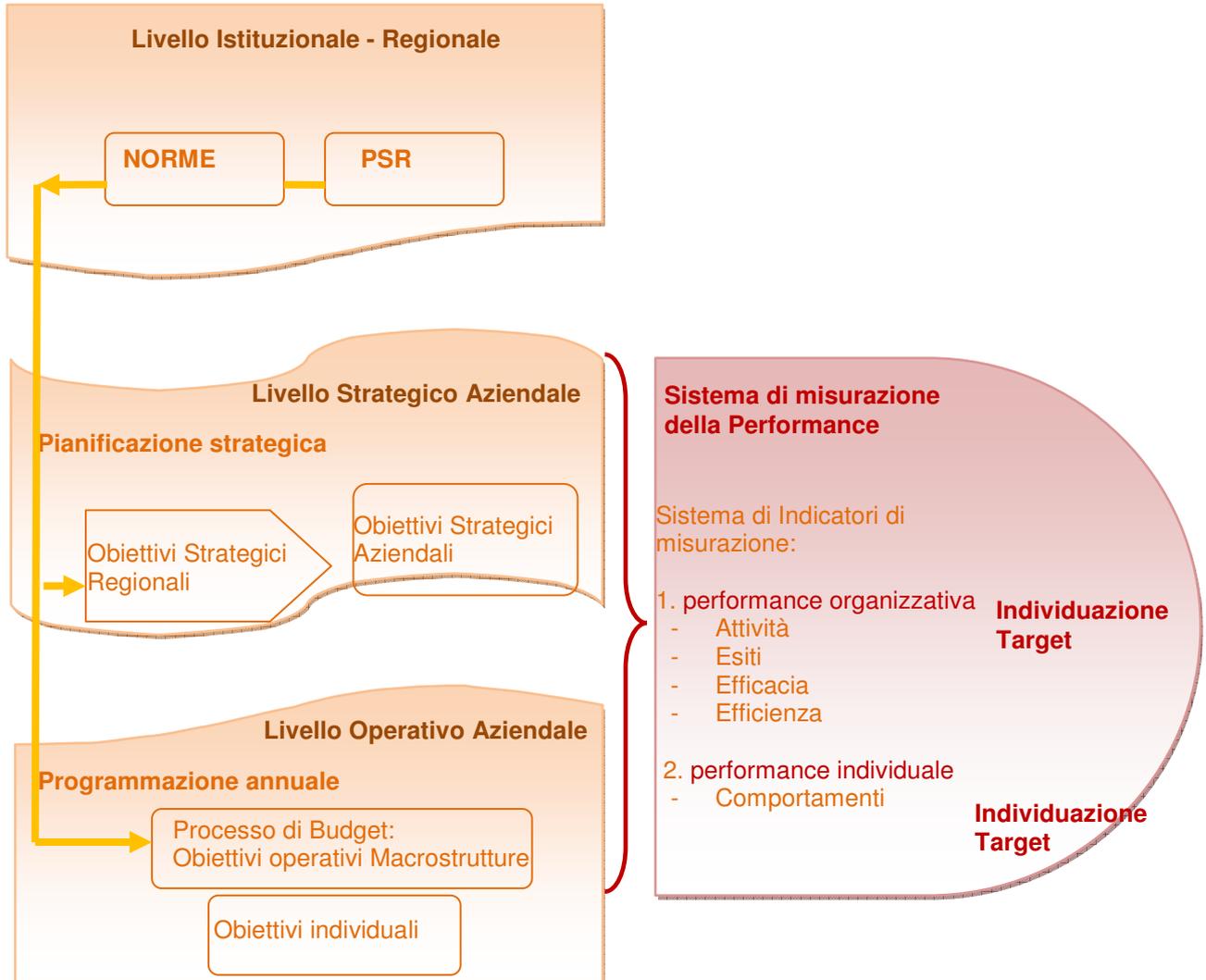
I risultati dell'attività dell'azienda sanitaria, rilevati con modalità multidimensionali, vengono perseguiti attraverso la definizione di obiettivi assegnati alle strutture e ai servizi aziendali, declinati attraverso obiettivi rivolti fino ai singoli professionisti.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2019-2021, con pianificazione delle attività per l'anno in corso (anno 2019), 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.

Il modello di misurazione e valutazione della performance



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. La programmazione delle attività deve essere effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di programmazione nazionale e regionale. 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.

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”*.

I principali documenti di **programmazione regionale** a cui fare riferimento sono:

- DGR 970/2012 avente ad oggetto: *“Misure di riordino e razionalizzazione dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale di cui alla DGR n. 609/2012. Adozione e provvedimenti conseguenti”*;
- DGR N. 97 del 11.02.2013 *“Procedure operative per la gestione della nuova terapia dell'Epatite cronica C (DAA)”*;
- DGR N. 978 09.09.2013 *“Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardio Acuto con soprallivellamento del tratto ST (STEMI)”*;
- DGR N. 41 del 28.01.2014 *“Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)”*;
- Approvazione *“Piano regionale di Prevenzione 2014-2018”*
- DGR N. 158 24.02.2014 del *“Percorso clinico-organizzativo integrato del paziente con Ictus. Approvazione”*;
- DGR N. 159 del 24.02.2014 *“Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione”*;
- DGR N. 496 del 12.05.2014 *“Nuovo Piano Sanitario Regionale 2014-2016. Primi indirizzi di orientamento politico e individuazione della struttura organizzativa”*;

- DGR N. 933 del 28.07.2014 “Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento ‘Piano sulla Malattia Diabete’ (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA)”;
- DGR N. 1796 del 29.12.2014 “Interventi finalizzati alla riqualificazione del sistema di assistenza sanitaria alle persone con disabilità complessa cognitivo-relazionale”;
- DGR N. 1009 del 04.08.2014 “Piano Straordinario per il contenimento della Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale”;
- DGR N. 364 del 27.03.2015 “Indirizzi sulle attività di Psicologia nel SSR”;
- L.R. 9 aprile 2015, n. 11 “ Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali” e modifiche;
- Piano Regionale di Prevenzione;
- DGR N. 1411 del 30.11.2015 “Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore”;
- DGR N. 1627 del 29.12.2015 “Documento di indirizzo per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo del paziente affetto da artrosi trattato con artroprotesi di anca e di ginocchio”
- DGR N. 53 del 25.01.2016 “DGR n. 1772 del 27 dicembre 2012 "legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore - attività del Coordinamento regionale per le cure palliative - approvazione schema di convenzione per le cure palliative con le organizzazioni di volontariato e requisiti di accreditamento”;
- DGR N. 55 del 25.01.2016 (centri di senologia - breast unit) avente ad oggetto: “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie regionali per la istituzione dei centri di senologia (breast unit), la definizione dei requisiti organizzativi ed assistenziali degli stessi e contestuale recepimento del documento tecnico di cui all’intesa stato regione Rep.n.144/CSR del 30 Ottobre 2014 e delle linee di indirizzo di cui all’intesa stato regioni Rep.n.185/CSR del 18 Dicembre 2014”;
- DGR N. 58 del 25.01.2016 avente ad oggetto: “Istituzione della struttura regionale per la valutazione HTA (Nucleo di Valutazione regionale per l’health Technology Assessment- Nucleo HTA). Determinazioni”;
- DGR N. 212 del 29.02.2016 “Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70); Adozione”;
- DGR N. 389 del 11.04.2016 “Misure relative all’appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 2010-2012”;

- DGR N. 498 del 09.05.2016 “Aggiornamento ed integrazione del Piano straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 04 agosto 2014). Obiettivi per il biennio 2016-2018”;
- DGR N. 1344 del 02.12.2013, DGR 945 del 3.08.2015 e DGR 1591 del 21.12.2015 relative alla riorganizzazione della rete dei Punti Nascita;
- DGR N. 569 del 23.05.2016 “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi del comportamento”;
- DGR N. 626 del 07.06.2016 approvazione Protocollo d'Intesa tra Regione Umbria, Regione Marche e Regione Toscana, sottoscritto in data 15 giugno 2016 con cui i Governatori delle tre regioni, che hanno concordato di istituire sedi e momenti di collaborazione e di coordinamento, linee di azione comuni e progetti di collaborazione in diversi ambiti tematici, tra cui quello della salute e welfare (quali ad es. la gestione dell'emergenza-urgenza, trapianti e sangue, mobilità sanitaria H.T.A. e ricerca, centralizzazione acquisti in sanità);
- DGR N. 705 del 27.06.2016 “Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.lgs. 502/92 e s.m.i.”;
- DGR N. 729 del 29.06.2016 “Linee d'indirizzo relative a Percorsi riabilitativi per le gravi cerebrolesioni e i traumi cranici nella Regione Umbria”;
- DGR N. 889 del 01.08.2016 “Piano Regionale Sangue e Plasma 2016-2018 Approvazione”
- DGR N. 1019 del 12.09.2016 “Recepimento del ‘Piano Nazionale Demenze -Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”;
- DGR N. 1191 del 24.10.2016 “Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) del ‘Paziente con Dolore toracico in Pronto Soccorso’ e del ‘Paziente con Sospetta tromboembolia polmonare in Pronto Soccorso’. Approvazione”;
- 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;
- DGR N. 1411 del 05.12.2016 “Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito”;
- DGR N. 207 del 06.03.2017 con cui è stata dichiarata conclusa la fase sperimentale di cui alla DGR N. 909 del 29 luglio 2011 con la quale era stata attivata l'erogazione di un assegno di sollievo mensile articolato in tre fasce a favore di persone residenti in Umbria e assistite presso il proprio domicilio affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da SLA in fase avanzata;

- 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. 274 del 20.03.2017 “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019” (PNPV) di cui all’intesa sottoscritta in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017(Rep. atti n. 10/CSR);
- DGR N. 600/2017 avente ad oggetto: “Attuazione articolo 47/bis della l.r. 9.04.2015, n. 11. Rispetto dei limiti di spesa per il personale ai sensi dell’articolo 9, c. 28 del D.L. 78/2010.Determinazioni.”;
- 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. 903 del 28.07.2017 “Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24.07.2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)”;
- DGR N. 855 del 24.07.2017 avente ad oggetto: “Piano Sanitario Regionale 2018-2020. DGR 489/2017. Integrazione composizione Comitato Istituzionale”;
- DGR n. 971 del 10.09.2018 avente ad oggetto: “Rete Regionale dei Servizi di Diagnostica di Laboratorio: Nuovo modello organizzativo”;
- DGR N. 1138 del 15.10.2018 avente ad oggetto: “Disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l’anno 2018. Riparto”;
- DGR N. 1195 del 29.10.2018 avente ad oggetto: “Indirizzi vincolanti alle Aziende sanitarie Regionali per la predisposizione del Bilancio di previsione per l’esercizio 2019”;
- DGR N. 1516 del 20.12.2018 avente ad oggetto: “Linee guida per a 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.”

Identità dell’Azienda USL Umbria n. 1

Chi siamo

Con Legge Regionale del 12.11.2012 n. 18 “Ordinamento del Servizio sanitario Regionale”, come riconfermato dal “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali” 2015, è stato istituito dal 1 gennaio 2013, il nuovo soggetto giuridico “Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1”, nato dalla fusione, delle ex ASL n. 1 e n. 2 e che subentra in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle ex Aziende, di cui alla Legge Regionale 3/98. Questa Azienda, nel corso del 2013, ha attuato il processo di unificazione procedendo ad una graduale riorganizzazione dei servizi, in considerazione del primario e prioritario obiettivo della continuità dell’attività istituzionale legata al funzionamento dei Dipartimenti, Servizi, Unità Operative ed Uffici, afferenti alle sopresse USL. Con l’unificazione del sistema contabile/informatico, dal 01/01/2014, si è completato, dal punto di vista economico/finanziario, il complesso iter di fusione delle due Aziende. Il processo di integrazione è comunque in continua evoluzione in un’ottica di costante razionalizzazione, verifica, revisione e perfezionamento delle procedure aziendali.

La sede legale dell’Azienda USL Umbria n. 1 è sita in Perugia, con indirizzo in Via Guerriero Guerra n. 21, con recapiti dei centralini telefonici **075 5411 - 075 85091 - 075 9270801**.

L’azienda è contraddistinta dal seguente logo, che la identifica chiaramente quale componente del Sistema Sanitario Regionale Umbro:



Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1

Il Portale Web Istituzionale è <http://www.uslumbria1.gov.it/>;

l’indirizzo di posta certificata è: aslumbria1@postacert.umbria.it;

il numero di partita IVA è C.F. 03301860544;

l’indirizzo email dell’URP (Ufficio Relazioni col Pubblico) è urp@uslumbria1.it.

Dal 2013 l’Azienda ha continuato a consolidare il processo di unificazione proseguendo il percorso di riorganizzazione ed integrazione dei servizi. L’Atto Aziendale è stato approvato con la delibera n.914/2014; nel 2016, con Delibera n. 1256 del 09.11.2016 è stato ridefinito l’intero assetto organizzativo aziendale; successivamente, si è provveduto ad integrare l’Atto, relativo alla individuazione delle Strutture Complesse, con la Delibera 284 del 08.03.2017 e Delibera n. 794 del 08.06.2017; infine, si è avuta una ulteriore riformulazione e integrazione dell’Atto Aziendale con la Delibera n. 1504 del 15.11.2017.

Missione

La **missione** dell’Azienda USL Umbria n.1 consiste nel promuovere e tutelare la salute degli individui e della collettività che vive e lavora nel suo territorio, anche attraverso politiche orientate alla diffusione di stili di vita salutari, assicurando i livelli essenziali di assistenza, nell’ambito delle indicazioni normative e programmatiche nazionali e regionali.

L’Azienda assume il governo clinico come strategia per la costruzione di appropriate relazioni funzionali tra le responsabilità cliniche ed organizzative per il miglioramento della qualità dell’assistenza in tutte le sue dimensioni. Assicura un elevato standard dei servizi e strutture aziendali, grazie alla loro conformità con i nuovi requisiti regionali per l’accreditamento istituzionale. Garantisce la propria azione nel rispetto della privacy, con riguardo all’umanizzazione dei servizi, promuovendo la sicurezza delle cure e lo sviluppo continuo del sistema, con attenzione all’innovazione tecnologica ed organizzativa.

Nell’adempiere alla sua missione istituzionale l’Azienda si ispira ai **seguenti principi**:

- appropriatezza delle prestazioni erogate;
- efficacia delle prestazioni erogate;
- equità di accesso alle prestazioni efficaci;
- trasparenza e miglioramento condiviso della qualità;
- efficienza organizzativa e produttiva;
- tempestività dell’azione;
- coinvolgimento degli operatori nella responsabilizzazione al risultato, favorendone anche il senso di appartenenza ;
- soddisfazione dei cittadini/utenti;
- continua crescita professionale degli operatori;
- salvaguardia dell’ambiente di lavoro e naturale.

L’Organizzazione Aziendale

Il modello organizzativo dell’Azienda USL Umbria 1 è descritto in tre **MACROLIVELLI** secondo il seguente schema:

- **Direzione Aziendale** a cui compete l’esercizio delle funzioni strategiche, avendo lo scopo di garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;
- **Area Centrale dei Servizi** a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;
- **Nucleo Operativo** per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale.

Il **Direttore generale** è il legale rappresentante dell’Azienda ed è responsabile della sua gestione, è coadiuvato, nell’esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, con i quali costituisce la **Direzione Aziendale** strategica, di indirizzo e di controllo direzionale ed opera come momento di coordinamento.

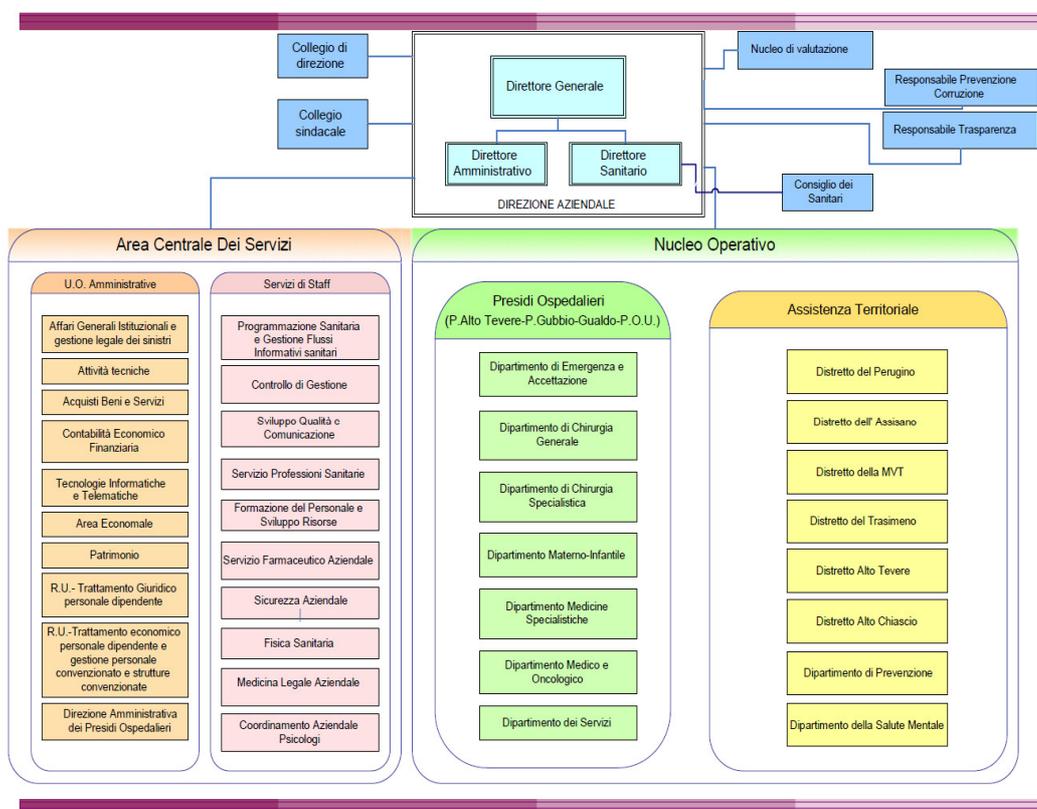
Altri organi dell’Azienda sono il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il **Collegio di Direzione** concorre al governo delle attività cliniche ed alla pianificazione dell’attività, indica le soluzioni organizzative per l’attuazione dell’attività libero-professionale intramuraria.

Inoltre, concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell’azienda ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il **Collegio sindacale** ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile ed è nominato dal Direttore Generale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell’Economia e delle Finanze, uno dal Ministro della Salute.

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1. Organigramma



L'Area Centrale dei Servizi è costituita dalle U.O. di Staff e dalle U.O. Amministrative.

Le **U.O. di Staff** della Direzione Aziendale, che hanno il compito di fornire supporto tecnico e/o operativo alle funzioni della Direzione Aziendale e/o di esercitare funzioni particolari, sono le seguenti: Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari; Sviluppo, Qualità e Comunicazione; Sicurezza Aziendale; Formazione del Personale e Sviluppo Risorse; Servizio Professioni Sanitarie; Servizio Farmaceutico Aziendale; Fisica Sanitaria; Politiche del farmaco, accreditamento e processi di qualità aziendale; Medicina Legale Aziendale; Coordinamento Aziendale Psicologi; Direzione Presidio Ospedaliero Unificato; Direzione Presidio ospedaliero Alto Tevere, Direzione Presidio Ospedaliero Alto Chiascio.

Le **U.O. Amministrative**, che hanno il compito di assicurare il corretto assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo e logistico, sono le seguenti: Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri; Controllo di Gestione; Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi; Tecnologie Informatiche e Telematiche; Patrimonio; Contabilità Economico Finanziaria; R.U. Trattamento Giuridico Personale Dipendente; R.U. Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate; Area Economale; Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri.

Il Nucleo Operativo è costituito dalle Macrostrutture dotate di autonomia tecnico-professionale per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale:

- **6 DISTRETTI SOCIO SANITARI** che si articolano in Centri di Salute e Servizi:

- **Distretto del Perugia:** Corciano, Perugia, Torgiano;
- **Distretto Assisano:** Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;
- **Distretto della Media Valle del Tevere:** Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi;
- **Distretto del Trasimeno:** Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegara, Tuoro;
- **Distretto Alto Chiascio:** Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- **Distretto Alto Tevere:** Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria in Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Afferiscono ai Distretti anche strutture residenziali e semiresidenziali, quali le RSA - Residenze Sanitarie Assistite per ricovero temporaneo e le RP - Residenze Protette per ricoveri socio-assistenziali a lungo termine, nonché i Centri diurni.

- **7 DIPARTIMENTI OSPEDALIERI:**

- **Dipartimento di Chirurgia Generale;**
- **Dipartimento di Chirurgia Specialistica;**

- **Dipartimento Medico e Oncologico;**
- **Dipartimento Medicine Specialistiche;**
 - **Dipartimento Materno-Infantile;**
 - **Dipartimento dei Servizi;**
 - **Dipartimento di Emergenza e Accettazione.**

- **Dipartimento Salute Mentale** che opera grazie alle sue articolazioni organizzative, con riferimento ai servizi offerti alla persona, con supporto funzionale nel Distretto, anche nel rispetto dell'integrazione sociosanitaria e sociale con i servizi comunali di Ambito Sociale

- **Dipartimento di Prevenzione** che eroga servizi di prevenzione e tutela della salute della collettività in ambiente di vita e di lavoro.

Il Regolamento, di cui al **DM 70/2015**, fissa i criteri per classificare le strutture ospedaliere esistenti in 3 livelli di complessità crescente individuando, per ciascun livello, dei valori soglia secondo la popolazione servita dall'ospedale in questione. Conseguentemente, la **DGR 212/2016, attuativa del DM 70/2015** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", definisce un piano della rete ospedaliera regionale caratterizzato secondo livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure. Con **Delibera del Direttore Generale n. 1453 del 21.12.2016** è stato adottato il Piano di Riorganizzazione degli Ospedali dell'Azienda USL Umbria n. 1 ai sensi della DGR 212/2016.

L'assistenza ospedaliera alla popolazione della USL Umbria n.1 è assicurata da **tre Presidi**:

1. **Presidio Ospedaliero Alto Tevere** che comprende due ospedali:
 - Ospedale di Città di Castello - DEA di I livello
 - Ospedale di base di Umbertide.
2. **Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino** - DEA di I livello.
3. **Presidio Ospedaliero Unificato (POU)** che comprende Ospedali di base di
 - Assisi
 - Castiglione del Lago
 - Media Valle del Tevere
 - Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva - C.O.R.I. di Passignano sul Trasimeno.

I Presidi Ospedalieri Gubbio-Gualdo Tadino e Alto Tevere con l'Ospedale Città di Castello, fanno parte della rete regionale della emergenza-urgenza (sede di Dipartimento Emergenza ed Accettazione); inoltre, presso tali Strutture (con funzione di ospedale di base), sono erogate attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale.

Il POU garantisce l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale, presso gli Ospedali di base di Assisi, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI).

Inoltre, nel territorio aziendale, insiste l'Azienda Ospedaliera di Perugia, che garantisce le funzioni di ospedale di alta specialità per tutti gli assistiti, la funzione di ospedale di medio-bassa specialità, di base, per il Distretto del Perugino, ed alcune funzioni specifiche, quali l'assistenza psichiatrica in regime di ricovero attraverso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Di seguito è riportato l'elenco dei Centri di Responsabilità per i quali dovranno essere elaborate le schede di budget, con descrizione dell'organizzazione aziendale comprensiva delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici, di livello dipartimentale/distrettuale e di Area centrale, operative nella USL Umbria 1.

Area Ospedaliera

Centro di Responsabilità	
Dipartimento di Chirurgia Generale	
U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Aziendale	
U.O.C. Chirurgia Alto Chiascio	
U.O.C. Chirurgia Media Valle Tevere - Assisi	
U.O.C. Chirurgia Città di Castello	
U.O.C. Chirurgia Trasimeno	
Dipartimento di Chirurgia Specialistica	
U.O.C. Oculistica Aziendale	
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia Alto Chiascio	
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia Alto Tevere	
U.O.C. Otorinolaringoiatria Aziendale	
U.O.C. Urologia Aziendale	
U.O.S.D. Ortopedia negli Ospedali del Territorio	
Dipartimento Materno Infantile	
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Alto Chiascio	
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Alto Tevere	
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia M.V.T.	
U.O.C. Pediatria Area Nord	
U.O.C. Pediatria Area Sud	
Dipartimento Medico e Oncologico	
U.O.C. Medicina Alto Chiascio	
U.O.C. Medicina Assisi	
U.O.C. Medicina Città di Castello	
U.O.C. Medicina M.V.T.	
U.O.C. Medicina Trasimeno	
U.O.C. Medicina Umbertide	
U.O.C. Endoscopia e Malattie Gastrointestinali	
U.O.S.D. Oncologia Medica	
U.O.S.D. Oncologia e Cure Palliative	

Area Ospedaliera

Centro di Responsabilità
Dipartimento Medicine Specialistiche
U.O.C. Aziendale Neurologia
U.O.S.D. Neurologia Ospedali Territorio
U.O.C. Cardiologia - UTIC Alto Chiascio
U.O.C. Cardiologia - UTIC Alto Tevere
U.O.C. Riabilitazione Intensiva Ospedaliera
U.O.C. Nefrologia e Dialisi
U.O.C. Nefrologia e Dialisi degli Ospedali dell'Emergenza Urgenza
U.O.S.D. Unità Interaz. Gestione Integrata per lo scompenso cardiaco
Dipartimento di Emergenza e Accettazione
U.O.C. Anestesia e Rianimazione Alto Chiascio
U.O.C. Anestesia e Rianimazione Alto Tevere
U.O.C. Anestesiologia Assisano
U.O.C. Anestesiologia M.V.T.
U.O.S.D. Anestesiologia Trasimeno
U.O.C. Pronto Soccorso Alto Tevere
U.O.C. Pronto Soccorso Assisi e M.V.T.
U.O.C. Pronto Soccorso e Chirurgia d'Urgenza Alto Chiascio
U.O.S.D. Pronto Soccorso Trasimeno
Dipartimento dei Servizi
U.O.C. Diagnostica per immagini degli Ospedali dell'Emergenza
U.O.C. Diagnostica per Immagini M.V.T.-Trasimeno
U.O.C. Radioterapia Aziendale
U.O.S.D. Senologia Diagnostica Alto Chiascio
U.O.S.D. Senologia Diagnostica Alto Tevere
U.O.S.D. Senologia e Radiologia Territoriale Perugino
U.O.C. Diagnostica di Laboratorio Az. e Lab. Unico per lo Screening
U.O.C. Anatomia Patologica Aziendale
U.O.S.D. Servizio Immuno Trasfusionale (SIT) Spoke Aziendale

Area Territoriale

Centro di Responsabilità
Distretto del Perugino
U.O.C. Ser.T. Perugino
U.O.S.D. Assistenza Specialistica Perugino
U.O.S.D. Centro di Salute Perugia Nord-Est-Torgiano
U.O.S.D. Centro di Salute Perugia Centro
U.O.S.D. Centro di Salute Ponte Felcino
U.O.S.D. Centro di Salute Perugia Sud-Ovest
U.O.S.D. Centro di Salute Ellera-Corciano
U.O.S.D. Cure Palliative – Hospice
U.O.S.D. GOAT Alcologia – Perugino
U.O.S.D. Neuropsichiatria e Psicologia Clinica dell’Età Evolutiva
U.O.S.D. Neuropsichiatria e Riabilitazione Età Evolutiva
U.O.S.D. Riabilitazione Territoriale Perugino
U.O.S.D. Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica
U.O.S.D. Servizio Consultoriale Perugino
U.O.S.D. Medicina Legale Perugino
U.O.S.D. Strutture Residenziali - Perugino
U.O.S.D. Strutture Semiresidenziali e Assistenza Anziani e Disabili Adulti
U.O.S.D. Cardiologia Riabilitativa Prevenzione Patologie Cardiovascolari
Distretto dell’Assisano
U.O.S.D. Centro di Salute Assisi Bastia Umbra
U.O.S.D. Riabilitazione Età Evolutiva MVT-Assisi
U.O.S.D. Centro Donna
Distretto della Media Valle Tevere
U.O.S.D. Centro di Salute Marsciano Deruta
U.O.S.D. Centro di Salute Todi
U.O.S.D. Riabilitazione Età Evolutiva MVT-Assisi
U.O.S. Interdistrettuale Servizio per le Dipendenze
U.O.S.D. Servizio Consultoriale M.V.T.
U.O.S.D. Servizi Aziendali per D.C.A.

Area Territoriale

Centro di Responsabilità
Distretto del Trasimeno
U.O.S.D. Centro di Salute Trasimeno Sud-Ovest
U.O.S.D. Centro di Salute Trasimeno Nord
U.O.S.D. Riabilitazione Età Evolutiva Trasimeno
U.O.S.D. Riabilitazione territoriale Area Trasimeno
U.O.S.D. Servizio Consultoriale Trasimeno
U.O.S.D. Strutture Residenziali e Semiresidenziali Trasimeno
U.O.S.D. Prevenzione e Riabilitazione. Cardiovasc. Primaria Terr.
Distretto Alto Tevere
U.O.S.D. Centro di Salute Città di Castello San Giustino
U.O.S.D. Centro di Salute Umbertide
U.O.S.D. Servizio Consultoriale Alto Tevere
U.O.S.D. Diabetologia Alto Tevere
U.O.S.D. Servizio di Riabilitazione Adulti Alto Tevere
U.O.S.D. Disturbi Cognitivi Aziendali
U.O.S.D. Servizio Integrato dell'Età Evolutiva Alto Tevere
Distretto Alto Chiascio
U.O.S.D. Centro di Salute Gualdo Tadino –Fascia App.
U.O.S.D. Centro di Salute Gubbio
U.O.S.D. Servizio Diabetologia Alto Chiascio
U.O.S.D. Servizio Integrato per l'età evolutiva Alto Chiascio
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro
U.O.C. Medicina dello sport
U.O.C. Igiene Alimenti e bevande di Origine Animale (I.A.O.A.)
U.O.C. Servizio veterinario di Sanità Animale (S.A.)
U.O.C. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.)
U.O.C. Igiene alimenti e nutrizione (IAN)
Dipartimento di Salute Mentale
U.O.C. Salute Mentale Perugino
U.O.C. Salute Mentale MVT, Trasimeno, Assisi
U.O.C. Salute Mentale Alto Tevere e Alto Chiascio
U.O.S.D. Tutela Salute Mentale Penitenziaria e CSM del Trasimeno

Area Centrale

Centro di Responsabilità
U.O.S. Formazione Personale e Sviluppo Risorse
U.O.C. Servizio Farmaceutico Aziendale
U.O.S. Politiche Del Farmaco, Accreditamento e Processi di Qualità
U.O.S. Sicurezza Aziendale
U.O.S. Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari
U.O.S. Controllo di Gestione
U.O.S. Sviluppo Qualità e Comunicazione
U.O.S. Servizio Professioni Sanitarie
U.O.S. Fisica Sanitaria
U.O.S. Medicina Legale Aziendale
U.O.C. Direzione Presidio ospedaliero Gubbio - Gualdo Tadino e P.O.U.
U.O.C. Direzione Medica Presidio Ospedaliero Alto Tevere
U.O.C. Affari Generali Istituzionali e Gestione legale sinistri
U.O.C. Risorse Umane - Trattamento economico personale dipendente - Gestione personale convenzionato e strutture conv.
U.O.C. Risorse Umane - Trattamento giuridico personale dipendente
U.O.C. Contabilità Economico Finanziaria
U.O.C. Patrimonio
U.O.C. Attività tecniche-Acquisti beni e servizi
U.O.C. Tecnologie Informatiche e Telematiche
U.O.C. Area Economale
U.O.C. Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri

Il contesto

L'Azienda USL Umbria 1 è un'Azienda Sanitaria Territoriale che, allo stato attuale, assiste l'area più vasta e popolosa della Regione, opera su un territorio avente una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni suddivisi nei sei distretti.

Suddivisione in Distretti dei 38 Comuni della Azienda USL Umbria n. 1



La popolazione residente nell'Azienda USL Umbria n.1, al 1 gennaio 2018, era pari a 502.065 abitanti con una densità abitativa media di 116,80 ab./Km²; il 38% circa di tale popolazione fa riferimento al Distretto del Perugino.

Popolazione Residente 1 gennaio 2018 (Fonte ISTAT)

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE Km ² .	DENSITA' per Km ² .
Distretto del Perugino	193.772	551,49	351,36
Distretto dell'Assisano	62.221	384,37	161,88
Distretto della MVT	57.754	781,16	73,93
Distretto del Trasimeno	57.627	777,95	74,08
Distretto dell'Alto Tevere	76.322	987,25	77,31
Distretto dell'Alto Chiascio	54.369	816,16	66,62
AZIENDA USL Umbria n.1	502.065	4.298,38	116,80

Rispetto al dato regionale, i residenti della USL Umbria 1 rappresentano quasi il 57% della popolazione umbra (884.640) con una maggior percentuale di donne (51,8%) rispetto agli uomini.

Rispetto all'anno precedente, i residenti sono complessivamente diminuiti (504.155 nel 2017); la fascia di età 15-64 anni è quella che ha presentato il maggior decremento (- 1.472 residenti), a fronte di un costante aumento della popolazione più anziana

Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione ultrasessantacinquenni (24,19%), che richiede l'applicazione di misure che promuovano la figura dell'anziano attivo e scongiurino una crescita non sostenibile della richiesta di servizi, nonché il decadere delle condizioni di vita degli stessi anziani.

Popolazione Residente al 1 gennaio 2018 per Distretto e fasce di età (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		≥ 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto del Perugino	26.284	13,6	122.499	63,2	21.030	10,9	23.959	12,4	193.772
Distretto dell'Assisano	8.470	13,6	39.378	63,3	6.691	10,8	7.682	12,3	62.221
Distretto della MVT	7.382	12,8	35.941	62,2	6.366	11,0	8.065	14,0	57.754
Distretto del Trasimeno	7.497	13,0	35.402	61,4	6.848	11,9	7.880	13,7	57.627
Distretto dell'Alto Tevere	9.940	13,0	47.663	62,4	8.807	11,5	9.912	13,0	76.322
Distretto dell'Alto Chiascio	6.575	12,1	33.554	61,7	6.557	12,1	7.683	14,1	54.369
Azienda USL Umbria n.1	66.148	13,18	314.437	62,63	56.299	11,21	65.181	12,98	502.065

Di seguito sono riportate alcune variabili socio-demografiche, la cui valutazione è fondamentale nei processi di riorganizzazione.

Azienda USL Umbria n.1 - Indici demografici al 1 gennaio 2018

COMUNI	Indice di Invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di carico sociale
Distretto del Perugino	21,70	111,86	50,80
Distretto dell'Assisano	21,56	154,32	55,13
Distretto della MVT	23,70	180,18	58,37
Distretto del Trasimeno	23,52	178,48	57,98
Distretto dell'Alto Tevere	22,61	172,06	55,64
Distretto dell'Alto Chiascio	24,19	186,86	59,06
Azienda USL Umbria n.1	23,67	179,42	58,37

Cosa facciamo e come operiamo

Al fine di attuare la mission aziendale di promozione e tutela della salute degli individui e della collettività che risiede nel proprio territorio, l'Azienda USL Umbria n.1 assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei tre livelli essenziali di assistenza.

I livelli di assistenza

- Assistenza Territoriale
- Assistenza Ospedaliera
- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Di seguito si riporta sinteticamente l'analisi delle risorse e dell'attività erogata dai servizi dell'Azienda e si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <http://www.uslumbria1.gov.it/> per un'analisi completa dell'assistenza erogata.

Le Risorse Umane

Il personale dipendente in dotazione all'Azienda USL Umbria n.1 pari a 3.746 nel 2016, 3.792 al 31/12/17, conta **3.849** unità al 31/12/2018, di cui circa il 74% del ruolo sanitario, il 17,56% del ruolo tecnico, l'8 % circa del ruolo amministrativo e lo 0,36% del ruolo professionale.

Personale dipendente per tipo rapporto 2016-2018

Tipologia di personale	al 31/12/2016			al 31/12/2017			al 31/12/2018			Differenze 2018-2017
	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale	
RUOLO SANITARIO	2.484	273	2.757	2.654	142	2.796	2.704	148	2.852	56
<i>Dirigenza</i>	754	67	821	785	45	830	803	54	857	27
- Medico-veterinaria	674	57	731	705	31	736	705	50	755	19
- Sanitaria	80	10	90	80	14	94	94	4	98	4
<i>Comparto</i>	1.730	206	1.936	1.869	97	1.966	1.901	94	1.995	29
RUOLO PROFESSIONALE	11	2	13	10	2	12	12	2	14	2
<i>Dirigenza</i>	6	2	8	5	2	7	6	2	8	1
<i>Comparto</i>	5		5	5	0	5	6	0	6	1
RUOLO TECNICO	606	40	646	601	52	653	617	59	676	23
<i>Dirigenza</i>	2	1	3	2	1	3	0	1	1	-2
<i>Comparto</i>	604	39	643	599	51	650	617	58	675	25
RUOLO AMMINISTRATIVO	327	3	330	328	3	331	304	3	307	-24
<i>Dirigenza</i>	2	3	5	1	3	4	1	3	4	0
<i>Comparto</i>	325		325	327	0	327	303	0	303	-24
TOTALE	3.428	318	3.746	3.593	199	3.792	3.637	212	3.849	57

Nel 2018 si è avuto un incremento di personale dipendente rispetto al 2017, con una dotazione aumentata in totale di **57 unità**, l'incremento di personale registratosi **nel 2018 rispetto al 2016 è stato pari a 103 unità**.

L'Azienda garantisce la tutela della salute dei cittadini anche attraverso il personale in rapporto convenzionale: la rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, nonché i medici dei Servizi di Continuità Assistenziale che operano nei 18 Punti di Erogazione, dagli accordi regionali e da protocolli operativi stipulati con l'Azienda a livello locale.

Personale convenzionato al 2016-2018 (proiezione)

Convenzione	2017	2018
Medici di Medicina Generale	418	415
Medici Pediatria di Libera Scelta	68	67
Medici di Continuità Assistenziale	128	128
Medici di Emergenza Sanitaria Terr.	26	20
TOTALE	640	630

Infine, non va dimenticato che una rilevante attività assistenziale viene assicurata dai medici specialisti ambulatoriali interni convenzionati che garantiscono più di 2.000 ore settimanali di attività.

Quadro economico e Finanziario

Per l'anno 2018, la Regione Umbria ha assegnato alla USL Umbria n. 1 la somma di **€ 820.778.731**, per contributi in conto esercizio.

Il livello di finanziamento dei contributi in conto esercizio, nell'anno 2018, è rimasto, per questa Azienda, quasi invariato rispetto a quello del 2017, presentando un incremento minimo di € 956.157 (+0,12%), come evidenziato nella tabella seguente.

Nell'esercizio 2017 sono stati destinati agli investimenti sei milioni di euro, stornando gli stessi dal finanziamento per fondo sanitario, come esposto sulla tabella che precede, alla voce "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti"; nell'esercizio in chiusura non ci sono stati margini per operazioni similari e la totalità del finanziamento per fondo sanitario è stata destinata a copertura delle spese correnti, atteso che la stessa, come sopra precisato, è rimasta pressoché invariata rispetto a quella dell'esercizio precedente.

Tra ricavi propri aziendali si registra un incremento complessivo di € 3.034.858; in particolare alla voce A5) "Concorsi Recuperi Rimorsi", si registra un consistente aumento di € 2.815.576 determinato, in via prevalente, dal finanziamento regionale di € 4.000.000 per il ripiano del superamento del tetto della spesa farmaceutica.

Valore della Produzione

Tipologia Ricavo	Consuntivo 2016		Consuntivo 2017		Consuntivo 2018		differenza 2018/2017	differenza %
	Importo	%	Importo	%	Importo	%		
Contributi c/esercizio	808.742.687	90,81	819.822.574	90,58	820.778.731	89,59	956.157	0,12
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione a investimenti	-5.000.000	-0,56	-6.000.000	-0,66	-	-	6.000.000	-100
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	88.824	0,01	68.386	0,01	192.284	0,02	123.898	64,43
Ricavi per prestazioni socio-sanitarie	49.124.807	5,52	45.608.630	5,04	45.322.321	4,95	-286.309	-0,63
concorsi, recuperi, rimborsi	16.996.265	1,91	24.813.593	2,74	27.629.169	3,02	2.815.576	10,19
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	11.176.618	1,25	11.531.986	1,27	12.126.495	1,32	594.509	4,9
altri ricavi e proventi	762.162	0,09	887.000	0,1	798.082	0,09	-88.918	-11,14
Contributi conto capitale imputati all'esercizio	8.714.511	0,98	8.369.197	0,92	9.264.951	1,01	895.754	9,67
TOTALE VALORE PRODUZIONE	890.605.874	100	905.101.366	100	916.112.033	100	11.010.667	1,2

Il valore della produzione è aumentato complessivamente dell' **1,20%** (+ 11.010.667), rispetto all'esercizio precedente. Dalla struttura del valore della produzione, riportata sulla tabella che precede, emerge che circa il 90% dello stesso è rappresentato dai "contributi in conto esercizio" composti dalla quota di FSR ed oltre il 5% deriva da ricavi per prestazioni sanitarie tra cui i più significativi sono la mobilità sanitaria regionale e quella extraregionale. Pertanto, i rimanenti ricavi propri aziendali rivestono una rilevanza assolutamente minima ai fini del raggiungimento dell'equilibrio di gestione.

La salute che produciamo

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'Azienda è articolata in sei Distretti, i quali presentano una struttura organizzativa basata su un modello che prevede l'articolazione in Centri di Salute, decentrati in più Punti di Erogazione.

I **sei Distretti** dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior parte delle attività previste dal Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Distrettuale": l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'attività di continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza consultoriale, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica, l'assistenza a persone con dipendenze patologiche, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza socio-sanitaria.

La programmazione nazionale e regionale hanno incentivato, inoltre, lo sviluppo del ruolo dei Distretti nel "governo della domanda", al fine di riuscire a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, partendo da un'accurata analisi dei bisogni.

L'Azienda opera mediante **174** strutture a gestione diretta e **74** strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Strutture a gestione diretta al 01/01/2018 (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza									
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Att. Consultorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip/alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. Malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	51	12	8							
Struttura residenziale					20	1	11	1		1
Struttura semiresidenziale					9	1	9	6	7	
Altro tipo di struttura	3	2		24	21	9				1

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Strutture convenzionate al 01/01/2018 (Mod. STS11)

Tipo di struttura	Tipo assistenza										
	Att. Clinica	Diagnost. Strum. e per immagini	Att. Laboratorio	Ass. Psichiatrica	Ass. tossicodip /alcoldip	Ass. Anziani	Ass. Disabili fisici	Ass. Disabili psichici	Ass. Malati terminali	Ass. AIDS	Ass. Idrotermale
Ambulatorio Laboratorio	10	8	16								
Struttura residenziale				10	3	16	1	5		1	
Struttura semiresidenziale				1	1	2	2	4			
Altro tipo di struttura											1

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono **6**, per complessivi **174** posti letto residenziali e **165** posti letto semiresidenziali.

Istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 al 01/01/2018 (Mod. RIA 11)

Codice struttura	Denominazione struttura	Posti letto - Assistenza residenziale	Posti letto - Assistenza semiresidenziale
100A01	COMUNITA' CAPODARCO RESIDENZ.	20	0
100A03	COMUNITA' CAPODARCO SEMIRESID.	0	10
100B01	ISTITUTO SERAFICO	72	20
100B02	CENTRO SPERANZA	6	60
100B03	C.R.SERENI-OPERA DON GUANELLA	60	60
100B04	ISTITUTO P. DA CASORIA	16	15

Usl Umbria n. 1. Assistenza Distrettuale - 2017- 2018

Indicatori di Attività	2017	2018
Spesa netta assistenza farmaceutica convenzionata	72.190.166	70.430.246
Spesa per assistenza integrativa	8.766.769	8.886.124
Spesa assistenza protesica totale	11.252.644	12.660.777
N. casi totali ADI	6.615	6.794
% anziani in C.D. con valutazione sulla popol. anziana (>= 65 aa) (B28.1.2)	5,01	5,10
N. accessi ADI	193.597	221.716
N. casi ADI - Cure Palliative	856	1.019
n° posti letto deliberati (hospice)	10	10
n° utenti dimessi nel periodo (hospice)	202	228
n° giornate di presenza in Hospice	2.695	3.041
N° utenti totali dei consultori	33.690	35.939
n° prestazioni consultori	183.590	200.268
N. utenti totali Età Evolutiva *	8.752	6.781
N. prestazioni totali Età Evolutiva *	83.980	75.877
N° utenti ambulatoriali totali DCA	468	439
n° prestazioni ambulatoriali DCA	5.959	6.382
Numero prestazioni prodotte per esterni	731.801	772.838
Fatturato prestazioni prodotte per esterni specialistica ambulatoriale	9.642.495,20	9.962.826,80
N. ammissioni CD a gestione diretta nel periodo	77	91
n° giornate di presenza in C.D. anziani	22.692	22.482
N. utenti presenti inizio anno RP a gestione diretta	83	85
N. ammissioni RP a gestione diretta nel periodo	37	40
N. giornate presenza RP a gestione diretta nel periodo	30.364	32.545
N. ammissioni RSA a gestione diretta nel periodo	1.300	1.390
N. giornate presenza RSA a gestione diretta nel periodo	49.161	49.290

*nel 2018 La registrazione dei dati Età Evolutiva nel sistema informatizzato Atl@nte è in corso di implementazione, i dati riportati sono pertanto sottostimati.

Il **Centro di Salute Mentale (CSM)**, 8 nella USL Umbria n.1, è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico.

Di seguito vengono riportati alcuni dati di attività, per il cui dettaglio si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <http://www.uslumbria1.gov.it/>.

Usl Umbria n.1. Assistenza Distrettuale: Salute Mentale. 2017- 2018

Indicatori di Attività	2017	2018
N. utenti CSM totali	10.268	10.508
N. accessi CSM	134.892	132.714
N. prestazioni totali CSM	154.765	152.344
N. utenti Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio ann	178	186
N. giornate presenza in Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta	26.110	25.575
N. utenti Str. Residenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio anno	139	134
N. giornate presenza in Str. Residenziali SISM a gestione diretta	49.375	50.066

La rete dell'**Emergenza Urgenza territoriale - 118** della USL Umbria n.1 è organizzata in una Centrale operativa con sede a Perugia, che gestisce e coordina gli interventi anche per l'Azienda Ospedaliera di Perugia. Tramite la Centrale Operativa, al 118 risponde personale qualificato, che assegna un codice di priorità, decide il mezzo di soccorso adeguato ed eventualmente, sceglie l'ospedale, tenendo conto delle necessità della persona soccorsa e del luogo di provenienza della chiamata.

Nel periodo **2019 - 2021** gli interventi più significativi che si perseguiranno nei **Distretti** e nel **Dipartimento Salute Mentale** sono:

- Nell'ambito delle azioni e procedure poste in essere nella gestione della cronicità, finalizzate a consentire l'integrazione Ospedale - Territorio, a favorire un approccio omogeneo e basato sulla centralità della persona, la Usl Umbria n. 1 ha adottato la Delibera del Direttore Generale n. 1730 del 22.12.2017, avente oggetto "Attuazione Aziendale Piano Cronicità Regionale DGR n. 902 28.07.2017 "Piano Nazionale della Cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni", allegato G. Tale documento si compone di un allegato 1 "Documento di Attuazione del Piano Regionale della Cronicità" e di un allegato 2 "Piano delle Attività". Si sta procedendo a dare **piena attuazione** a quanto previsto dal **Piano Cronicità**, anche grazie alla

definizione ed implementazione di appositi Percorsi Diagnostico Terapeutici aziendali, finalizzati ad ottenere la massima integrazione Ospedale-Territorio: **PDTA diabete, PDTA BPCO, PDTA scompenso Cardiaco, PDTA demenze.**

- Sempre nell'ottica dell'integrazione Ospedale-Territorio, con Delibera del Direttore Generale n. 1681 del 19.12.2017 avente oggetto: "Attivazione sperimentale Centrale Operativa Territoriale - COT", allegato F, è stata attivata la **Centrale Operativa Territoriale - COT**, a carattere sperimentale, nel distretto del Perugino, come descritta e monitorata nella procedura di cui alla DGR n.1328/2017. Il progetto si è prefisso di sperimentare un modello che garantisca la continuità assistenziale ospedale/territorio, l'integrazione con il medico di medicina generale e l'assistenza territoriale, grazie al completamento di un sistema informatizzato di supporto per la raccolta ed elaborazione dati, al fine di un più corretto utilizzo dei Servizi offerti dal SSR. Si inserisce, inoltre, nel più ampio scenario regionale della progettualità di e-government nei Servizi Sanitari Pubblici. Si sta procedendo **all'estensione del progetto** nelle diverse aree territoriali, con riorganizzazione del percorso delle **Dimissioni Protette**.
- Con Delibera del Direttore Generale n. 1776 del 29.12.2017 "Accordo Aziendale Medicina Generale - Costituzione **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**", allegato E, è stato recepito l'"Accordo Aziendale per la Costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali" che prevede le finalità e funzioni delle AFT, i criteri di costituzione, nonché le modalità di funzionamento delle AFT e l'organizzazione dell'orario della Continuità assistenziale. Sono state istituite le AFT con nomina dei coordinatori nei vari distretti e si procederà alla ottimizzazione del loro funzionamento.
- Sono stati realizzati percorsi di educazione e **promozione della salute** in collaborazione con le scuole, così come previsto dagli specifici progetti del PRP 2014/2018.
- E' in corso il **Potenziamento del Sistema delle Cure Domiciliari**, garantendo l'integrazione tra i vari attori del sistema, al fine di assicurare la presa in carico globale dell'assistito, con miglioramento della % di anziani in C.D. con valutazione rispetto alla popolazione anziana (>= 65 aa) (codice MES B28.1.2).
- Si persegue la corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale ATLANTE, finalizzato alla maggior qualità del **flusso informativo regionale e nazionale NSIS** relativo all'assistenza territoriale (**SIAD, FAR, SISM**), nonché del Sistema Informativo Aziendale.
- Si persegue la riqualificazione **dell'assistenza protesica**, alla luce dei nuovi LEA di cui al DPCM/2017, migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo la personalizzazione degli interventi e contenendone la spesa, anche grazie alla implementazione della nuova procedura informatizzata.

- Si è lavorato per **contenere l'istituzionalizzazione degli anziani** attraverso il potenziamento dei **Centri Diurni** e l'utilizzo delle **RSA** a degenza breve, anche finalizzato a superare momenti di particolare impegno assistenziale.
- Con la presa in carico dei pazienti nei CSM, si è lavorato per tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita, con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi, attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare.
- Si è voluto garantire la qualità degli interventi per le **urgenze psichiatriche** in tutto il territorio aziendale, grazie alla implementazione delle specifiche **procedure aziendali**.
- Si è voluto promuovere l'appropriatezza di utilizzo della "**rete delle strutture intermedie**" attraverso la definizione di procedure aziendali e la verifica degli inserimenti nelle strutture a gestione diretta e convenzionate per **disabili psichici**, anche al fine di qualificarne e contenerne la spesa.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è assicurata dai **tre Presidi**: Presidio Ospedaliero Alto Tevere (Città di Castello e Umbertide), Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino e Presidio Ospedaliero Unificato (POU - Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano).

I livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure prevedono per l'Azienda USL Umbria n.1:

- **2 Ospedali con DEA di I livello: Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino**
- **Ospedali di base:** Umbertide, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano. L'Ospedale di Passignano è Ospedale di base, ma dedicato esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale.

Di seguito vengono riportati alcuni dati di attività, per il cui dettaglio si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <http://www.uslumbria1.gov.it/> .

Nel 2018, i Posti Letto dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL Umbria n.1 per acuti, lungodegenza e riabilitazione ospedaliera, da modello Ministeriale HSP 12, sono stati complessivamente **692**, di cui **580** di Ospedali a gestione diretta e 112 PL dell'Istituto di Riabilitazione Prosperius Tiberino, sperimentazione gestionale della Regione Umbria all'interno dell'Ospedale di Umbertide. Le sperimentazioni gestionali in sanità sono regolate dall'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e rappresentano forme di collaborazione pubblico-privato.

Posti Letto - Anno 2018 (Fonte Mod. HSP 12 Ministero della Salute)

Ospedale	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	Totale
Ospedale Città di Castello	152	11	16	179
Ospedale Umbertide	22	1	14	37
Istituto Prosperius T. - Umbertide	102	10	0	112
P.O. Alto Tevere	276	22	30	328
Ospedale Castiglione del Lago	44	5	8	57
Cori Passignano	30	2	0	32
Ospedale Assisi	40	4	8	52
Ospedale M.V.T.	72	3	13	88
P.O. Unificato	186	14	29	229
P.O. Gubbio – Gualdo Tadino	119	4	12	135
Totale	581	40	71	692

I **posti letto medi** delle strutture a gestione diretta sono risultati nel 2017 globalmente pari a **525**, e nel 2018 pari a **511,98**. Le prestazioni offerte sono: pronto soccorso, degenza ordinaria, day hospital, day surgery, riabilitazione ospedaliera intensiva, lungodegenza, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali.

Di seguito si propone una sintesi dell'attività di ricovero degli Ospedali a gestione diretta.

Assistenza Ospedaliera: Attività ricovero Ospedali a gestione diretta. 2017- 2018

Indicatori di Attività	2017	2018
N° dimessi totali	28.606	27.634
Di Cui		
N. dimessi per acuti	27.625	26.727
N. dimessi riabilitazione	720	683
N. dimessi lungodegenza	261	224
Fatturato Dimessi Totale	74.288.531	72.662.285
Degenza Media per acuti (escluso nido)	6,15	6,29
Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido)	81,49	82,11
Attività Chirurgica Totale (DRG Chir e Int. Amb.)	23.754	24.776
Di cui:		
DRG Chirurgici Totali (DO e DS)	12.643	12.492
N° Interventi chirurgici ambulatoriali	11.111	12.284
N° Parti Totali	1.366	1.208
% Parti cesarei	29,58	27,57
N° prestazioni specialistica ambulatoriale per esterni	4.788.622	4.906.720
Fatturato specialistica ambulatoriale	50.668.833	51.488.323
N° trasporti totali 118	20.736	20.847
N° accessi PS totali	109.253	117.165
% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (C5.2)	79,61	80,31
RG LEA Chirurgici:% ricoveri in DS (C4.7)- escluso fuori regione	67,73	71,51

Raggruppando i ricoveri per Categoria Diagnostica Maggiore, che permette una sintetica rappresentazione delle principali cause di ricovero negli ospedali dell'Azienda Usl Umbria n.1, si evince che i ricoveri erogati sono prevalentemente effettuati per patologie dell'apparato digerente (MDC 6), seguiti dalle malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5), dalle malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo (MDC 8) e da gravidanza, parto e puerperio (MDC 14).

Attività di ricovero per acuti per MDC. Ospedali a gestione diretta - Anno 2017

MDC	DS_MDC	Totale 2017
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	3.191
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	2.892
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.838
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2.398
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	2.352
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2.199
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1.854
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1.560
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1.398
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1.274
3	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA, E DELLA GOLA	1.245
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	1.162
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	735
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	634
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	630
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	623
16	MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SIST. IMMUNITARIO	613
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	377
23	FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	201
21	TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	165
19	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	159
0	DRG NON CLASSIFICATI	40
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	30
20	ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	18
22	USTIONI	15
25	INFEZIONI DA H.I.V.	3
Totale complessivo		28.606

Attività di ricovero per acuti per MDC. Ospedali a gestione diretta – Anno 2018

MDC	DS_MDC	Totale 2018
06	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	3.224
05	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	2.788
08	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2.720
09	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	2.449
04	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2.229
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2176
01	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1.743
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1351
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	1.300
07	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1.248
03	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA, E DELLA GOLA	1.229
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1228
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	774
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	713
16	MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SIST. IMMUNITARIO	555
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	541
02	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	415
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	394
23	FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	201
19	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	134
21	TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	122
00	DRG NON CLASSIFICATI	38
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	37
20	ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	13
22	USTIONI	10
25	INFEZIONI DA H.I.V.	2
Totale complessivo		27.634

Nel periodo **2019 - 2021**, gli interventi più significativi che si perseguiranno, negli anni a venire, negli **Ospedali a gestione diretta** sono:

- **Mantenimento di elevati standard di qualità in ogni punto della rete ospedaliera**, con riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati e sviluppo di modelli assistenziali alternativi al ricovero (ambulatori protetti, RSA, ecc.), entrata a regime dell'OBi post-chirurgica, che hanno portato, tra l'altro, alla riduzione dei DRG Medici dai **15.963** del 2017 ai **15.142** del 2018, con contenimento delle potenziali inapproprietezze. **Mantenimento** della qualità e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, anche attraverso l'utilizzo di appropriati

setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio), con progressivo aumento della % di casi trasferiti in chirurgia ambulatoriale, con una chirurgia di elezione con degenza media pre-operatoria **inferiore ad 1 giorno** e miglioramento della quota di DRG Chirurgici LEA trattati in Day-surgery (67,73% nel 2017; **71,51 %** nel 2018).

- **Potenziamento dell'attività chirurgica** in regime di ricovero e ambulatoriale che ha permesso di passare dai **23.754** del 2017 al **24.776** del 2018 con attivazione dei percorsi di trasferimento, dove previsto, dei ricoveri verso la chirurgia ambulatoriale, con rafforzamento delle **chirurgie specialistiche** nelle varie aree territoriali e **una % fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (codice MES C5.2) pari all' 80,31 %** nel 2018.
- **Consolidamento del percorso di presa in carico con potenziamento della Breast Unit aziendale**, con un volume di attività pari a **320 casi per il 2018**, ben oltre al volume gold standard per il Piano Nazionale Esiti.
- Implementazione del Progetto interaziendale, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Perugia, "**lesioni da pressione, ferite difficili, piede diabetico**", con attivazione di posti letto dedicati, di chirurgia plastica e ricostruttiva e dell'ambulatorio integrato.
- **Mantenimento** corretta ospedalizzazione delle patologie acute con **26.727 (2018)** ricoveri per pazienti acuti, nel rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015 e standard di appropriatezza, anche grazie all'attivazione di posti letto di **OBI post-chirurgica**.
- Riorganizzazione degli spazi del Dipartimento Materno Infantile con spazi e **percorsi dedicati al Centro Regionale di Fibrosi cistica**.
- **Attivazione**, presso il Day Surgery dell'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, del Servizio di **odontoiatria Speciale** per pazienti non collaboranti o con diminuita capacità di collaborazione di origine varia;
- Riorganizzazione dell'Area di emergenza ospedaliera con attivazione di posti letto di **medicina di urgenza, potenziamento Osservazione Breve Intensiva e percorsi d'integrazione con il PS (117.165 accessi totali PS nel 2018, in incremento rispetto agli anni precedenti)**.
- **Contenimento dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica**, anche attraverso la **corretta applicazione dei percorsi diagnostici-terapeutici**.
- potenziamento della qualità ed appropriatezza nell'assistenza attraverso la costituzione di **specifiche reti cliniche interaziendali con AO di Perugia**, grazie alla messa a regime del progetto di integrazione **servizi trasfusionali**, secondo il modello HUB-SPOKE, chirurgie specialistiche quali, ad esempio, la **chirurgia pediatrica** e la chirurgia **ortopedica**.
- **Consolidamento dell'assistenza post-acuzie di riabilitazione intensiva e di lungodegenza**, anche grazie all'**attivazione di nuovi posti letto** e perfezionamento dei **percorsi diagnostico terapeutici e di presa in carico** dei pazienti, con integrazione Ospedale-Territorio.
- **Riorganizzazione della gastrologia aziendale**, con massima integrazione tra i vari punti di erogazione.

- Consolidamento della continuità assistenziale con **Dimissione protetta** in integrazione con il territorio.
- Qualificazione dell'assistenza ai soggetti affetti da **scompenso e cardiopatie croniche**, attraverso la definizione di corretti percorsi clinico assistenziali con presa in carico globale dei pazienti, anche al fine di contenere l'ospedalizzazione.
- **Implementazione della Cartella Clinica Elettronica.**

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura gestionale di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato nelle macroaree di: **Sanità Pubblica, Prevenzione nei Luoghi di Lavoro, Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.**

Alla macroarea Sanità Pubblica afferisce la U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.).

Alla macroarea Prevenzione nei Luoghi di Lavoro afferisce la U.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.).

Alla macroarea Sanità Pubblica Veterinaria afferiscono: U.O.C. Sanità Animale (S.A.), U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.).

Alla macroarea Sicurezza Alimentare afferiscono: U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.), U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (I.A.N.).

Le Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali assicurano la propria attività attraverso punti di erogazione in ognuno dei 6 ambiti distrettuali dell'Azienda.

Al Dipartimento di Prevenzione afferisce anche la U.O.C. Medicina dello Sport.

Riconoscendo la promozione della salute, accanto a prevenzione, cura e riabilitazione come obiettivi e pilastri del Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda USL Umbria n.1 nel 2014, con la Delibera D.G. n.1103 del 17.12.2014, ha costituito la nuova "Rete Aziendale dei Servizi per la Promozione della Salute" al fine di progettare il "Piano aziendale per la promozione della salute", svolgere un'azione di "governance" nell'ambito d'interesse, garantire l'appropriatezza degli interventi e la definizione/diffusione del processo culturale attraverso l'attivazione di percorsi formativi specifici, anche attraverso la costruzione e sperimentazione di un modello di metodologia didattica all'interno del lavoro scolastico, coerente con i principi della promozione della salute che promuova le metodologie riconosciute efficaci e le "buone pratiche".

Tra le attività di prevenzione rivolta alla persona rientrano le vaccinazioni che vengono erogate su 22 Punti di Erogazione distribuiti nelle sedi distrettuali e le attività di screening.

Vaccinazioni . 2017- 2018

Indicatori di Attività	2017	2018
Tasso di copertura per vaccinazione esavalente (III POL)	95,26	95,78
Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24° mese di vita)	92,40	91,59
Tasso di copertura vaccinale per MPR (1^ dose)	93,93	94,34
Tasso di copertura vaccinale per MPR (2^ dose; bambini 5-6-anni)	91,46	92,00
Tasso di copertura vaccinale per pneumococco	93,25	94,06
Tasso di copertura vaccinale per 1^ dose HPV	83,54	75,55
Tasso di copertura vaccinale per influenza stagionale per età > 65 aa	60,47	61,38

Usl Umbria n. 1 . Attività di prevenzione rivolta alla persona. Programmi di diagnosi precoce - Anno 2017

Indicatori di Attività	2017
% adesione screening mammografico	68,70%
% adesione screening colon-retto	45,20%
% adesione screening della cervice uterina	58,10%

Di seguito vengono riportati alcuni dati di attività, per il cui dettaglio si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <http://www.uslumbria1.gov.it/>.

Attività del Dipartimento di Prevenzione. 2017- 2018

Indicatori di Attività	2017	2018
N° progetti educativi/formativi per la promozione di una sana alimentazione	3	3
N° aziende del settore alimentare controllate	1.145	1.014
N° aziende di lavorazione/trasformaz./deposito di alimenti di origine animale controllate	58	75
N° aziende produz./trasformaz./confez./distribuz./sommministraz. alimenti/bevande controllate	769	758
N° allevamenti soggetti a vigilanza per il controllo del farmaco veterinario	490	490
N° ambulatori veterinari controllati	34	38
N° aziende di produzione, deposito e commercializ. del farmaco veterinario controllate	38	37
N° aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici controllate	100	104
N° sopralluoghi effettuati per sorveglianza di alimenti zootecnici	611	579
N° allevamenti da latte (produzione primaria) controllati	108	103
N° aziende di produzione/trasformazione/distribuzione di latte e suoi derivati controllate	39	27
N° sopralluoghi effettuati per la tutela del benessere animale	719	603
N° ambulatori di medicina di base e altre professionalità controllati	51	53
N° campioni acque potabili effettuati in distribuzione	1.964	2.023
N° strutture sanitarie controllate	76	62

Nel periodo **2019 - 2021**, gli interventi più significativi che si perseguiranno nel **Dipartimento di Prevenzione** sono:

- potenziamento dei controlli la **qualità delle acque da destinare al consumo umano** attraverso un'attività integrata con Ente Gestore, Comuni, ATO ed ARPA, con una stima 2018 di oltre 2000 campioni controllati;
- mantenimento dei i livelli di controllo già previsti dal Piano straordinario di **vigilanza negli ambienti di lavoro**, in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro, con **oltre 1500 sopralluoghi totali effettuati** (edilizia-agricoltura-altri comparti);
- mantenimento dell'attività di vigilanza e controllo nelle Aziende di produzione, confezionamento, distribuzione, somministrazione di alimenti e bevande da parte del **Servizio IAN** sulla base dell'analisi del rischio, con una stima 2018 di **1000 Unità alimentari controllate**;
- è stata garantita la **sicurezza alimentare** attraverso i **controlli ufficiali** sulle imprese alimentari riconosciute ai sensi del Reg. CE 853/2004, sulla base dell'analisi del rischio da parte del Servizio IAOA;
- **riduzione dei fattori di rischio per il consumatore**, attuando interventi di controllo sulla produzione, deposito, commercializzazione ed uso di **principi farmacologici e chimici**, con controlli sulle aziende di produzione, deposito e commercializzazione del farmaco veterinario, allevamenti e ambulatori veterinari;
- **riduzione dei fattori di rischio per il consumatore**, attuando interventi di controllo sulla produzione e sull'utilizzo degli **alimenti zootecnici**, attraverso programmi di attività e monitoraggio in applicazione anche dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Aziendali;
- tutela **del benessere animale**, anche ai fini della qualità delle produzioni, coordinando ed indirizzando le attività di vigilanza;
- mantenimento dell'attività di **profilassi ordinaria** per l'eradicazione delle malattie dei bovini e degli ovi-caprini con specifici controlli per TBC e Brucellosi;
- potenziamento dei sistemi di **sorveglianza e di indagini campionarie**, accreditati a livello nazionale e regionale(**PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla Salute, HBSC/GYTS**), garantendo le rilevazioni programmate a livello nazionale e regionale secondo le tempistiche e gli anni stabiliti;
- realizzazione di un sistema di **sorveglianza aziendale** attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti, con predisposizione e diffusione di reportistica sullo stato di salute della popolazione e risultati in termini di salute;
- promozione di **un'attività motoria salubre**, attraverso l'accertamento della **idoneità all'attività sportiva**, con **oltre 25.000 visite** di idoneità sportiva stimate per il 2018.

La performance della USL Umbria n.1

Negli ultimi anni si è consolidata, anche grazie all'attenzione del legislatore, la necessità di introdurre e applicare, nell'amministrazione pubblica in generale e nel Sistema Sanitario in particolare, principi e criteri aziendali capaci di coniugare la correttezza e la legittimità delle azioni intraprese, la loro efficacia nell'ottenere esiti positivi ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Il contesto sanitario è complesso per la tipologia dell'oggetto di interesse, la salute dell'individuo, per i risultati conseguiti in termini di esiti, che per loro natura, sono articolati, di ampio spettro, condizionati dall'ambiente e intercorrelati. Inoltre, va considerato che in sanità il cittadino/utente presenta una condizione di asimmetria informativa e che è presente un rilevante assorbimento di risorse, dovuto sia all'aumento dei bisogni sanitari, sia all'evoluzione delle tecnologie e della ricerca.

In questo contesto è divenuto necessario l'utilizzo di strumenti e sistemi di governo articolati, basati sulla misurazione dei risultati con modalità capaci, quindi, di cogliere la complessità dell'output erogato.

Per valutare correttamente i risultati ottenuti rispetto alle risorse disponibili, è necessario disporre di un sistema multidimensionale di valutazione, capace di evidenziare le performance 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.** E' pertanto fondamentale, per scongiurare provvedimenti di taglio indiscriminato delle risorse stesse, disporre di un **sistema per la valutazione della performance multidimensionale**, capace di misurare i risultati ottenuti dalle aziende operanti nel sistema, superare l'autoreferenzialità dei singoli soggetti, facilitando il confronto, attivare processi di miglioramento per apprendere e innovare. Queste analisi, soprattutto rivolte all'appropriatezza, devono fornire informazioni sugli ambiti in cui intervenire, per facilitare la riduzione degli sprechi e la riallocazione delle risorse, verso servizi a maggior valore aggiunto per il cittadino.

Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna- MES)

Con queste premesse, nel 2004 in Regione Toscana è stato introdotto il sistema di valutazione della performance, che è stato quindi adottato nel 2008, come sistema di valutazione della performance di alcuni sistemi sanitari regionali. Nel 2009 anche l'Umbria ha aderito a questo sistema di valutazione.

Attualmente le Regioni che partecipano al network del Laboratorio Management e Sanità (Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna) sono: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria,

Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Umbria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Puglia.

Un processo di condivisione interregionale ha portato alla selezione di 150 indicatori di valutazione, sui 300 totali, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario.

Le sei dimensioni della valutazione sono:

A - la valutazione dello stato di salute della popolazione;

B - la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali;

C - la valutazione socio-sanitaria;

D - la valutazione esterna (dei cittadini);

E - la valutazione interna (degli operatori);

F - la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa.

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.

Gli indicatori “MES”, si caratterizzano per le fasce di valutazione, previste dal sistema di misurazione delle performance, che consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale, rispetto al network regionale di confronto, anche grazie ad una rappresentazione a colori dei valori di risultato.

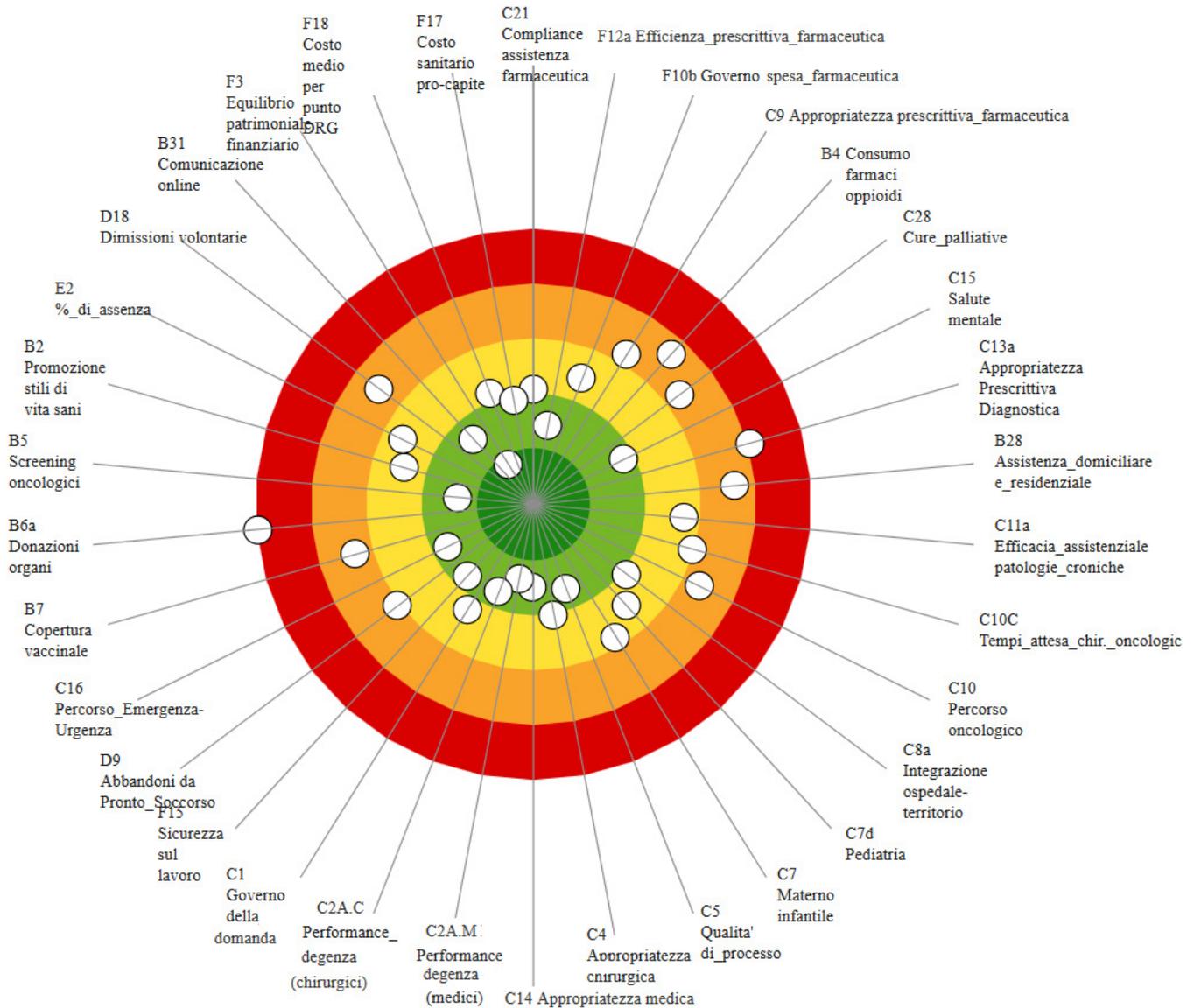
Ad ogni fascia cromatica, dal rosso, arancione, giallo, verde chiaro e verde scuro, è associata una valutazione di merito, che va rispettivamente dal molto scarso all’ottimo, passando per valutazioni intermedie. Le fasce di valutazione previste dal sistema di misurazione delle performance consentono di valutare i risultati ottenuti a livello aziendale.

Fasce di valutazione sistema di valutazione della performance

Fasce di Valutazione	
Colore	Performance
ROSSO	Pessima
ARANCIONE	Scarsa
GIALLO	Media
VERDE CHIARO	Buona
VERDE SCURO	Ottima

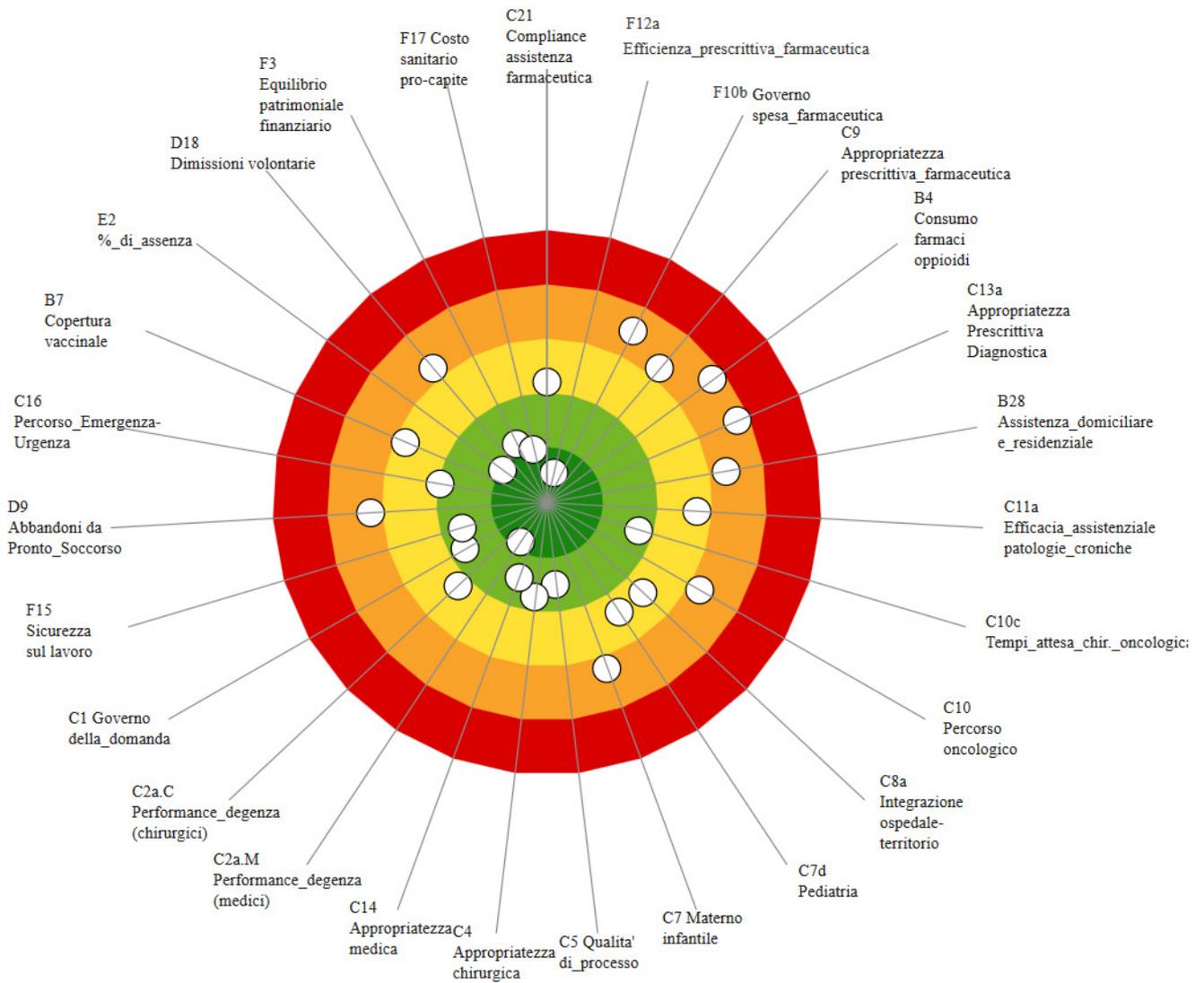
La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES”

Bersaglio 2016



La performance della USL Umbria n.1 – Bersaglio “MES”

Bersaglio 2017



Albero della performance: aree strategiche e obiettivi operativi

L'albero della performance è lo strumento che consente di rappresentare, anche graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse).

La metodologia seguita consiste nell'organizzazione delle aree strategiche secondo le priorità di intervento aziendali, dialogando con il processo di budget aziendale.

Al fine di rendere il Piano della Performance uno strumento integrato con l'effettivo andamento della gestione aziendale, viene realizzato un collegamento fra gli obiettivi strategici presentati e il processo di budget.

L'Azienda USL Umbria 1, tenendo conto del mandato istituzionale, della propria missione e di quanto emerge dall'analisi del contesto esterno, in attesa della pubblicazione del Nuovo Piano Sanitario, ha programmato di finalizzare l'attività del triennio 2019-2021, il cui risultato atteso (outcome) è "promuovere la salute, ridurre le esposizioni evitabili, aumentare gli anni di vita senza disabilità e ridurre le morti evitabili" verso le aree strategiche illustrate nella figura che segue :

Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 4
Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili	Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo la sostenibilità economica del sistema	Promuovere il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure	Innovare l'organizzazione e valorizzare il personale

Nelle tabelle che seguono vengono schematicamente indicati per ogni singola Area: obiettivi e relativi indicatori, valori di raggiungimento (target) che l'Azienda si impegna a raggiungere nel triennio .

Area Strategica 1 : Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili		Target 100%		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
1.a Migliorare i tassi di adesione alla campagna vaccinale, secondo quanto previsto dalla normativa in vigore	Tasso di copertura per la vaccinazione esavalente	95%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per MPR (I ^a dose)	95%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per MPR (II ^a dose bambini 5-6 anni)	90%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24° mese di vita)	85%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per 1° dose HPV	80%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per pneumococco	90%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di copertura vaccinale per influenza stagionale per ultrasessantacinquenni	75%	mantenimento	mantenimento
1.b Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale	Realizzazione programma annuale di screening mammografico previsto per il Round	Esito positivo	mantenimento	mantenimento
	N° esami colpocitologici totali	50.000	mantenimento	mantenimento
1.c Armonizzare e potenziare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera con il coinvolgimento dei Servizi Sanitari interessati	Adeguamenti e completam. Piano Pluriennale di controllo 2015/2018 (Reg.CE 882/2004) e integrazioni	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Attivazione ed espletamento Piani Regionali/Nazionali/Comunitari	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
1.d Mantenere livelli di controllo previsti da Piano straordinario vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro	N° sopralluoghi totali effettuati (edilizia-agricoltura-altri comparti)	1.500	mantenimento	mantenimento
	% inchieste infortuni attivate su infortuni significativi	100%	mantenimento	mantenimento
1.e Promuovere la salute negli ambienti di vita e di lavoro con interventi di promozione della salute secondo standard di qualità condivisi, anche in collaborazione con le scuole	Relazione sullo stato di avanzamento della rete aziendale dei Servizi per la Promozione della Salute	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Realizzazione attività progettuali programmate secondo il crono programma previsto dal Piano annuale Prevenzione	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Attuazione percorsi formativi e programmazione partecipata con insegnanti delle Scuole coinvolte	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
1.f Controllo degli alimenti di origine animale in base alle emergenze sanitarie attivate da parte del nodo regionale	% controlli per sistemi di allerta	100 %	mantenimento	mantenimento
1.g Ridurre i fattori di rischio per il consumatore con controlli su produz.\utilizzo alimenti zootecnici attraverso piani di attività e monitoraggio	Attivazione ed espletamento Piani Naz.li di ricerca e dei Piani aziendali (alim. zootecnici)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo di alimenti zootecnici	100% di quanto previsto norma	100% di quanto previsto norma	100% di quanto previsto norma
1.h Controllare la qualità delle acque da destinare al consumo umano attraverso un'attività integrata con Ente Gestore, Comuni, ATO ed ARPA	campioni acque potabili su captazione, manufatti di raccolta e rete distribuz.	100% di quanto previsto norma	100% di quanto previsto norma	100% di quanto previsto norma

Area Strategica 1 : Promuovere la salute e ridurre le esposizioni evitabili		Target 100%		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
1.i Mantenere l'attività di profilassi ordinaria per l'eradicazione delle malattie dei bovini e degli ovi-caprini	Allevamenti bovini e bufalini controllati per BRUC/LEB	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	Allevamenti bovini e bufalini controllati per TBC	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	Allevamenti ovi - caprini controllati per Brucellosi	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
1.l Realizzare un sistema di sorveglianza aziendale attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti	Predisposizione e diffusione della reportistica su stato salute popolazione e risultati in termini di salute	Esito Positivo	Esito positivo	Esito positivo
1.m Tutelare il benessere animale, anche ai fini della qualità delle produzioni, coordinando ed indirizzando le attività di vigilanza	N° allevamenti/ricoveri/stabulari controllati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	N° impianti di trasporto animale, stalle di sosta, mercati controllati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
1.n Garantire la sicurezza alimentare con controlli ufficiali sulle imprese alimentari riconosciute (Reg. CE 853/04) sulla base dell'analisi del rischio	controlli effettuati in aziende di lavoraz./trasformaz./deposito di alimenti di origine animale	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	controlli in stabilimenti di macellazione di carni rosse	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
1.o Ridurre i fattori di rischio per il consumatore con interventi di controllo sulla produz., deposito, commercializz., uso di principi farmac. e chimici	Attivazione ed espletamento Piani Naz.li di ricerca e dei Piani aziendali (farmaco vet)	Esito Positivo	Esito positivo	Esito positivo
	N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo del farmaco veterinario	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	N° ambulatori veterinari controllati	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
	N° aziende di produzione, deposito e commercializ. del farmaco veterinario controllate	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
1.p Garantire sicurezza alimentare con la Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti	% di controlli da UVAC e PIF evasi	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto

Area Strategica 2 : Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo i volumi e l'appropriatezza delle prestazioni nonché la sostenibilità economica del sistema		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Tutelare la SM con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano inserimento sociale e lavorativo	N. utenti CSM totali	9.252	mantenimento	mantenimento
Migliorare offerta e qualità dell'attività chirurgica con riduzione dei DRG medici e delle gg di deg. improprie	% DRG medici DO dimessi da reparti chirurgici (C4.1.1)	20	mantenimento	mantenimento
	Attività Chirurgica Totale (DRG Chir e Int. Amb.)	13.200	mantenimento	mantenimento
	DRG Chirurgici Totali (DO e DS) Presidi Ospedalieri	12.500	mantenimento	mantenimento
Sviluppare le attività di Chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio, con l'integrazione dei professionisti anche di altre Aziende Sanitarie	N° casi di Chirurgia oculistica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	800	mantenimento	mantenimento
	N° casi di Chirurgia ORL negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	450	mantenimento	mantenimento
	N° casi di Chirurgia plastica e ricostruttiva negli H Territorio (DRG C e Amb.)	3.000	mantenimento	mantenimento
	N° casi di Chirurgia urologica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)	200	mantenimento	mantenimento
Garantire corretta ospedalizzazione per patologie acute non gestibili in str. intermedie, amb. e/o a domicilio, nel rispetto degli standard DM 70/2015	Degenza Media dimessi per acuti	7	mantenimento	mantenimento
	Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido)	85%	mantenimento	mantenimento
Potenziare le Cure Domiciliari garantendo l'integrazione tra i vari attori, al fine di assicurare la presa in carico globale dell'assistito	% anziani in C.D. con valutazione sulla popolazione anziana (>= 65 aa) (B28.1.2)	4	mantenimento	mantenimento
Assicurare recupero funzionale dei pazienti con disabilità attraverso presa in carico precoce e potenziamento della riabilitazione in ricovero	% ricoveri DO riabilitazione provenienti da reparto per acuti	85%	mantenimento	mantenimento
	Tasso di utilizzo per riabilitazione	90%	mantenimento	mantenimento
Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso il rispetto dei requisiti di qualità previsti dal DM 70/2015	% neonati dimessi con allattamento al seno	90%	mantenimento	mantenimento
	% Parti cesarei	25	mantenimento	mantenimento
	Degenza Media neonati sani (DRG 391)	3,5	mantenimento	mantenimento
	Degenza Media parti fisiologici	3,5	mantenimento	mantenimento
Migliorare la qualità dell'attività ginecologica sia in degenza ordinaria che in day surgery	N° Parti Totali	1.500	mantenimento	mantenimento
	% Cicli DRG med MDC 13	5	mantenimento	mantenimento
	% DRG medici MDC 13 in DO	10	mantenimento	mantenimento
	N° Dimessi DRG chir MDC 13 in DO	510	mantenimento	mantenimento
Promuovere un'attività motoria salubre attraverso l'accertamento della idoneità all'attività sportiva	N° DRG chir MDC 13 in DS	435	mantenimento	mantenimento
	N° di visite di idoneità sportiva effettuate	23.000	mantenimento	mantenimento
Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati, per utenti ambulatoriali e per utenti del Pronto Soccorso	Prestazioni equivalenti totali U.O. di diagnostica di laboratorio	3.750.000	mantenimento	mantenimento
	Prestazioni equivalenti totali U.O. diagnostica per immagini e radioterapia	4.000.000	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 2 : Mantenere universalità ed equità di accesso ai LEA garantendo i volumi e l'appropriatezza delle prestazioni nonché la sostenibilità economica del sistema		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire il contenimento dei tempi di attesa	% visite/prestazioni non a RAO erogate entro i giorni stabiliti	> 80%	mantenimento	mantenimento
	% visite/prestazioni RAO entro i tempi di attesa previste per le priorità	>90%	mantenimento	mantenimento
Migliorare il ricorso all'assistenza osped. Con la qualificazione attività di accettazione sanitaria e di O.B.	% accessi O.B. non seguiti da ricovero	>= 80%	mantenimento	mantenimento
	% accessi PS non seguiti da ricovero	>=90%	mantenimento	mantenimento
Garantire adeguati standard prestazionali al fine di assicurare tempestività della fase diagnostica	% di esami anatomopatologici refertati entro 20 gg dall'accettazione	>=95%	mantenimento	mantenimento
	% esami colpocitologici refertati entro 21 gg	>=90%	mantenimento	mantenimento
Ridurre l'istituzionalizz. anziani potenziando l'utilizzo C.D, RSA a deg. breve per superare momenti di particolare impegno assistenziale	Presenza Media Giornaliera nei C.D. a gestione diretta	8	mantenimento	mantenimento
	Spesa per inserimenti in R.P. private accreditate	Valore economico definito in sede di ass. Budget	mantenimento	mantenimento
	Tasso Utilizzo posti letto RSA a gestione diretta	>=85%	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 3: Promuovere il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Garantire qualità clinica ed efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il recupero funzionale riducendo il rischio di complicanze	% appendicectomie urgenti in laparoscopia donne età 15 - 49 aa (DO)	>=80%	mantenimento	mantenimento
	% dimessi con intervento di prostatectomia transuretrale	>=90%	mantenimento	mantenimento
	% fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (C5.2)	>=80%	mantenimento	mantenimento
Promuovere qualità assistenza grazie al miglioramento accoglienza paziente, basato anche su costruzione di appropriate relazioni operatore-utente	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	< 3%	mantenimento	mantenimento
Garantire qualità e appropriatezza dell'assistenza oncologica ottimizzando il percorso diagn-terap. anche attraverso la presa incarico dei pazienti	C10.4.1 Attesa media per ricovero per int.chirurgici per tumore mammella (MES)	<=30 gg	mantenimento	mantenimento
	C10.4.2 Attesa media per ricovero per int.chirurgici per tumore prostata (MES)	<=30 gg	mantenimento	mantenimento
	C10.4.3 Attesa media per ricovero per int.chirurgici per tumore colon(MES)	<=30 gg	mantenimento	mantenimento
	C10.4.4 Attesa media per ricovero per int.chirurgici per tumore del retto(MES)	<=30 gg	mantenimento	mantenimento
Garantire qualità dell'assistenza attraverso la messa a regime della Breast Unit Aziendale	N. casi con Interventi per tumore maligno della mammella (PNE)	250	mantenimento	mantenimento
Garantire la qualità degli interventi per le urgenze psichiatriche in tutto il territorio aziendale	Implementazione delle procedure aziendali per la gestione dell'urgenza psichiatrica (DIP)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento

Area Strategica 3: Promuovere il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Migliorare il livello di soddisfazione degli utenti ottimizzando il sistema di comunicazione, il dialogo e la relazione tra l'erogatore e il cittadino	Implementazione azioni miglioramento previste dalla procedura di "Gestione dei reclami" PGA01 (DIP)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Valorizzare la rete assistenziale per la gestione della cronicità anche attraverso la definiz. di un sistema di assistenza multidiscipl/multidimension	Dare piena attuazione alle azioni previste dal Piano Aziendale Cronicità (DGR 902/2017)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere appropriat. utilizz. "rete strutture intermedie" con def proced.az. e verifica inserimenti nelle str. dis. psichici	Costo assistenza semiresidenziale e residenziale Disabili Psichici	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP
Ottimizzare e uniformare criteri e percorsi per l'attivazione dell'assistenza domiciliare anche al fine di qualificarne e contenerne la spesa	Costo assistenza territoriale Disabili Psichici	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP
Governare, in collaborazione tra CdS, Equipe Territ. e Serv. Farmac., l'ass. farmaceutica per renderla sicura, efficace, appropr. e contenerne la spesa	Spesa netta assistenza farmaceutica convenzionata	Valore economico definito in sede di ass. Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget
Migliorare l'appropriatezza autorizzativa dei trasporti sanitari secondo quanto stabilito dalla DGR 1324/2002	Spesa per trasporti sanitari	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP
	Spesa per trasporti sanitari (comprensivo 118 e dialisi AC)			
Governare l'assistenza integrativa per renderla appropr. contenerne la spesa in collaboraz. tra CdS, Equipe Terr, Specialisti, S. Farmac e Informatico	Spesa per assistenza integrativa	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP
Governare l'ass. farmaceutica per renderla sicura-efficace-appropriata e contenerne la spesa con riferimento a antidepress., antipsic. atip., BDZ	Farmaci	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget
Riquilibrare l'assistenza protesica migliorando l'appropriatezza prescrittiva, garantendo personalizzazione degli interventi e contenendone la spesa	Spesa protesica elenco 1	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP	Valore economico definito in sede di BEP
Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera con l'utilizzo di appropriati setting assistenziali	% colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 gg	>70%	miglioramento	miglioramento
	% interventi ernia inguinale/crurale monolat. trasferibili in ambulatorio	< 52%	miglioramento	miglioramento
	% interventi ernia ombelicale trasferibili in ambulatorio	< 55%	miglioramento	miglioramento
	% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA	>30%	miglioramento	miglioramento
	DRG LEA Chirurgici:% ricoveri in DS (C4.7)- escluso fuori regione	> 70%	miglioramento	miglioramento

Area Strategica 3: Promuovere il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Garantire qualità dell'assistenza assicurando elevati standard aziendali conformi ai nuovi requisiti regionali per l'accreditamento istituzionale	Formazione on the job per stesura/revisione dello Standard di Prodotto/Servizio e Carta dei Servizi	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Pubblicazione Standard di Prodotto/Servizio e Carta dei Servizi conforme coi nuovi requisiti	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Perseguire il percorso di umanizzazione delle cure garantendo la centralità del paziente.	Messa a regime azioni miglioramento in base al progetto valutaz. umanizzazione Agenas/Regione (SQC)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere cultura/prassi di Risk Management anche attraverso il miglior. dell'informazione al paziente e corretta compilaz. documentazione sanitaria.	% C.C. con C.I. anestesiologicalo	100%	mantenimento	mantenimento
	% cartelle cliniche con corretta compilazione dei consensi informati	100%	mantenimento	mantenimento
Migliorare la qualità dell'assistenza con l'adesione al progetto "Ospedale senza dolore", orientata alla cura del malato anziché alla sola malattia	N. visite/prestazioni ambulatoriali terapia antalgica	4.640	mantenimento	mantenimento
Migliorare la qualità del flusso NSIS attraverso la corretta e completa registrazione dati nel sistema ATLANTE	Rispetto della tempistica prevista dalla procedura PGA 16/16 Rev. 01 per l'invio del modello SIAD 2	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Rispetto della tempistica prevista dalla procedura PGA 18/17 per l'invio del modello SISMRES 2 (DSM)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Rispetto della tempistica prevista dalla procedura PGA 19/17 per l'invio del modello SISM 1 (DSM)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Rispetto della tempistica prevista dalla procedura PGA 20/17 per l'invio del modello FAR 2	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative	% di schede di monitoraggio post-partum compilate	100%	mantenimento	mantenimento
	% int. chirurgici con check-list ministeriale per sicurezza in SO corretta	100%	mantenimento	mantenimento
	% parti con scheda per definizione profilo rischio in gravidanza in C.C.	100%	mantenimento	mantenimento
	Implementazione procedura "prevenzione errori terapia con farmaci antineoplastici"(Racc Min. n14)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Riunioni trimestr. multidisciplinari per implementazione integrata documenti SQ con invio verbali a SQC	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Trasmissione al Rischio Clinico scheda di segnalazione Near miss e SEA secondo la PGA 25 IR	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere appropriatezza prescrittiva e corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del bgt economico	Tetto di spesa dei beni-sanitari (con ribaltamento aree comuni degenza e/o G.O.)	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget	Valore economico definito in sede di assegnazione Budget

Area Strategica 4: Innovare l'organizzazione e valorizzare il personale		Target		
Obiettivi strategici	Indicatori	2019	2020	2021
Integrazione osp-terr attraverso collaborazione tra SPDC di Perugia e CSM per garantire appropriatezza del ricovero e continuità cure	Implement. procedura interaziend. presa in carico degenti SPDC per continuità cura con territorio	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere cultura e prassi in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni	Attuazione misure previste dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Sviluppare la riorganizzazione della medicina territoriale alla luce di quanto definito dalla DGR 903/2017	Consolidamento Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) secondo delibera Aziendale	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Garantire l'integrazione Ospedale-Territorio favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale	Definizione procedura integrata per presa in carico pz in ossigenoterapia domiciliare	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Definizione procedura integrata presa in carico pz con insuff. Respiratoria	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Implementazione della procedura dimissioni protette con utilizzo COT ove previsto	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Garantire, durante il percorso nascita, livelli essenziali e appropriati di prevenzione, assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica	Mantenimento procedure e iniziative previste per la piena funzionalità dell'AFOI (DIP)	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Promuovere l'integrazione Territorio Ospedale e AO di Perugia nel rispetto del Piano Nazionale Cronicità	Definizione PDTA integrati O-T per lo scompenso cardiaco, demenza e Malattia renale Cronica	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
	Definizione procedure tra MMG/Specialisti finalizzate a garantire appropriatezza prestazioni erogate	Esito Positivo	mantenimento	mantenimento
Migliorare l'accessibilità alle prest. spec. per ricoverati per ridurre le gg di degenza improprie	% esami diagnostica di laboratorio per interni refertati entro 1-3 gg da eseguz.	>=95	mantenimento	mantenimento
	% esami diagnostica per immagini per interni refertati entro 1 gg da esecuzione	>=90	mantenimento	mantenimento
	Tempo medio di attesa (in gg) Ecografia e Rx tradizionale per ricoverati	< 1,5 gg	mantenimento	mantenimento
	Tempo medio di attesa (in gg) RM e TC per ricoverati	< 3gg	mantenimento	mantenimento

Ciclo di gestione della performance

Il processo aziendale di gestione della performance è assicurato dal processo di Budgeting è composto dalle seguenti fasi.

- Definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali e dai singoli professionisti con relativi indicatori e valori attesi.
- Monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti di questi ultimi dai valori attesi, per eventuale adozione di misure correttive.
- Misurazione e valutazione annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi, sia delle strutture (performance organizzativa) che dei singoli professionisti (performance individuale) e correlata distribuzione degli incentivi.
- Reporting.



Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, la nostra Azienda annualmente redige:

- il **Piano delle Performance**, documento di orientamento strategico triennale;
- il **Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi (Budget)**, che definisce gli obiettivi annuali con cui valutare i risultati delle attività svolte dalle articolazioni organizzative cui gli obiettivi erano stati assegnati;
- la **“Relazione Sanitaria Aziendale-Performance”**, documento di rendicontazione sulla Performance che evidenzia i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse utilizzate.
- Il **Bilancio di Previsione** con allegato il **Piano triennale degli Investimenti**, che riporta il dettaglio degli interventi e delle relative fonti di finanziamento per l'anno di bilancio ed i due esercizi successivi;

- La **Relazione sulla gestione del Bilancio d'esercizio**, che contiene tutte le informazioni, richieste dalla norma e comunque ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio in integrazione alla performance organizzativa;
- gli **Accordi ed i Contratti** con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di Bilancio

Per garantire la massima coerenza tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, il **ciclo di gestione della performance** dell'Azienda è strutturato in modo tale che la definizione degli obiettivi da assegnare al personale dirigenziale sia direttamente correlata all'emanazione degli indirizzi e delle priorità discendenti dai documenti di pianificazione strategica, nonché alle risorse disponibili ed indicate nel bilancio di previsione.

Definizione e negoziazione degli obiettivi : Programmazione

È la fase di competenza esclusiva della Direzione Strategica che, attraverso il Piano Triennale della Performance, definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali con i relativi indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi. Vengono individuati anche i principali progetti di interesse aziendale con particolare riguardo a quelli caratterizzati da forte trasversalità.

La contestualizzazione annuale degli obiettivi avviene attraverso il sistema di Budgeting, 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.

La comunicazione degli obiettivi strategici ha una valenza prioritaria ed è sotto la diretta responsabilità delle Direzioni Distrettuali e Dipartimentali e dei Responsabili di Struttura.

Il sistema di Budgeting è il processo formale con cui annualmente si definiscono gli obiettivi che le articolazioni organizzative devono perseguire e tramite il quale si analizzano le differenze tra obiettivi e risultati.

Il Budget, oltre ad essere uno strumento di programmazione, è anche strumento di controllo in quanto consente, attraverso un processo di responsabilizzazione, di guidare i comportamenti delle persone verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Il controllo attraverso il Budget è possibile perché gli obiettivi sono prestabiliti costituendo, così, punti di riferimento nel caso in cui si rilevino scostamenti.

Il Budget si articola su tre ambiti differenti:

- Obiettivi di attività.
- Obiettivi di miglioramento della qualità, all'interno dei quali sono ricompresi obiettivi economici di perseguimento dell'appropriatezza.
- Obiettivi organizzativi.

La pianificazione degli obiettivi, prima fase del Ciclo di gestione della performance, rappresenta, perciò, il punto di riferimento per l'assegnazione degli obiettivi al personale dirigenziale. Questi concorreranno ai fini della valutazione dei dirigenti, secondo quanto previsto dal vigente sistema aziendale di valutazione del personale.

In particolare, il Budget (Programma annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi) permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- 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'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie,
- la gestione degli istituti contrattuali della valutazione e della retribuzione di risultato,
- la gestione dei rapporti con l'utenza,
- la formazione,
- la gestione tecnologica e strutturale, ecc..

Gli obiettivi operativi

Come già detto, gli obiettivi operativi, a cadenza annuale, derivano dalla declinazione degli obiettivi strategici.

Nelle schede di Budget delle Macrostrutture e delle Unità Operative/Servizi aziendali vengono esplicitati gli obiettivi operativi, ogni Struttura ha il compito di realizzare le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi che, nella maggior parte dei casi, sono trasversali a tutte le strutture operative aziendali.

Il dettaglio degli obiettivi operativi assegnati alle Macrostrutture aziendali con i relativi indicatori e target, sono illustrati nelle schede di budget pubblicate nel sito web aziendale alla pagina :

<http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/performance>

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.

Gli esiti della negoziazione tra Direzione Aziendale e Direzioni Dipartimentali vengono sintetizzati nelle Schede di Budget, che contengono gli obiettivi da perseguire (direttamente riferiti al Piano della Performance) con i relativi indicatori di verifica e lo standard di riferimento.

La metodologia del budget nell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1 prevede i seguenti livelli:

- Budget di Macrostruttura;
- Budget di Struttura.

La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei rispettivi Budget di Struttura.

Monitoraggio

Il Sistema di misurazione e valutazione delle performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance; di seguito la descrizione di come, nell'Azienda Usl , vengono misurate e valutate la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

Gli obiettivi strategici per la realizzazione del mandato di Direzione, sottesi all'Albero della Performance, sono declinati coerentemente con gli indirizzi di programmazione nazionale e regionale. Pertanto, la programmazione degli obiettivi tiene conto della normativa nazionale e regionale, che definisce il quadro di riferimento normativo per la gestione del Servizio Sanitario Regionale in generale e delle Aziende del SSR, più in particolare, come già illustrato in precedenza.

Visto quanto sopra, gli obiettivi strategici aziendali ed operativi, declinati nel presente Piano della Performance, saranno opportunamente rivisti e/o integrati allorquando saranno approvati nuovi e diversi indirizzi regionali di salute e programmazione economico finanziaria.

Il monitoraggio dell'andamento del budget viene effettuato attraverso idoneo sistema di reporting, con cadenza di norma trimestrale; mentre la valutazione finale del grado di

raggiungimento degli obiettivi previsti nel budget viene effettuata, di norma, entro il mese di aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

I reports di monitoraggio espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo e utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda. Nella forma e nei contenuti sono definiti in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, Direzione Dipartimentale, Direzione di Presidio, Direzione di Distretto.

Attraverso il monitoraggio dell'andamento degli indicatori, a confronto con i valori attesi, si rende inoltre possibile individuare eventuali azioni correttive, al fine del raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno.

Per gli obiettivi con indicatori numerici desumibili dalle procedure informatizzate aziendali, la verifica viene fatta direttamente dagli Uffici preposti; per quegli obiettivi non numerici connessi, o alla presentazione di una relazione, o alla verifica di una modifica organizzativa, sono oggetto di specifiche richieste ai Responsabili di Struttura. Comunque, 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 viene definito come specificato di seguito:

0 - 25%	Scarso
>25 - <60%	Minimo
>=60 - <75%	Sufficiente
>=75 - <85%	Buono
>=85%	Ottimo

Valutazione della performance individuale

Il Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale è ispirato nelle metodologie e procedure ai seguenti criteri generali:

- orientamento allo sviluppo delle competenze professionali e relazionali del personale e al miglioramento della qualità dei servizi;
- trasparenza degli obiettivi e dei risultati;
- equità dei criteri e delle metodologie di valutazione;
- valorizzazione del merito e all'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità operative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio;

- f) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dei soggetti che, in prima istanza, effettuano la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di seconda istanza competente è chiamato a pronunciarsi;
- g) coerenza con le finalità aziendali di pianificazione strategica, programmazione e controllo, gestione e sviluppo delle risorse umane, coordinamento organizzativo;
- h) esplicitare le aspettative dell'Azienda sui comportamenti attesi da parte di tutti i dipendenti e in particolar modo di coloro che ricoprono ruoli manageriali, favorendo così l'allineamento tra obiettivi individuali e obiettivi aziendali.

Sono soggetti del sistema di valutazione:

Direzione Aziendale, cui compete:

- la definizione degli obiettivi aziendali da assegnare, a seguito delle procedure negoziali, ad ogni macrostruttura;
- l'allocazione delle risorse che finanziano i premi individuali e collettivi collegati al sistema di valutazione;
- la valutazione di prima istanza dei dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto e dei Dirigenti apicali di staff e area centrale.

Valutatori di prima e seconda istanza, cui competono, rispettivamente:

- l'assegnazione degli obiettivi ai dipendenti afferenti alla struttura e la proposta di valutazione di prima istanza;
- la valutazione di seconda istanza.

Nucleo di Valutazione Aziendale, cui compete, in seconda istanza, la verifica della valutazione complessiva annuale del personale, secondo lo schema di cui alla seguente tabella, ed in particolare, della correttezza metodologica dell'intero processo, con segnalazione di indicazioni per il suo miglioramento e con potere di conferma o rettifica della valutazione di prima istanza.

Nel caso di valutati che prestino servizio in più Unità Operative contemporaneamente, si considera prevalente l'assegnazione con maggiore impegno orario annuale. Nel caso di trasferimento ad altra Unità Operativa nel corso dell'anno di valutazione, si terrà conto dell'assegnazione finale, in accordo con il valutatore precedente. In entrambi i casi i valutatori di prima istanza della Unità Operativa di assegnazione, terranno conto della proposta di valutazione del personale sovraordinato cui il valutato ha prestato la restante attività non prevalente o precedente.

Valutatori e Valutati

Valutatore di prima istanza	Personale valutato	Valutatore di seconda istanza
Direttore Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Direttori di Distretto e di Dipartimento - Direttori/Responsabili delle strutture e dei Servizi di Staff Area Centrale afferenti all'area Sanitaria - P.O. Coordinamento Servizi Sociali Aziendali – Referente area sud 	Nucleo Valutazione Aziendale (NVA)
Direttore Amministrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti PTA con incarico di struttura complessa, struttura semplice a valenza aziendale - Direttori/Responsabili delle strutture e dei Servizi di staff- area centrale afferenti all'area Amministrativa, Tecnica, Professionale 	NVA
Direttori di Distretto o Dipartimento	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore di struttura complessa - Responsabili di struttura semplice dipartimentale o distrettuale - Dirigenti con incarico Professionale assegnati al proprio staff - Personale non dirigente assegnato alla Direzione del Distretto/Dipartimento - P.O. Assistenti Sociali afferenti 	NVA
Dirigente Professioni Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente del Servizio Infermieristico con Funzioni Gestionali - Dirigente del Servizio Infermieristico con Funzioni Strategico Programmatorie - P.O. Servizio Ostetrico - P.O. Servizio Riabilitazione - P.O. Servizio Professioni della Prevenzione - P.O. Servizio Tecnico Sanitario 	NVA
Dirigente del Servizio Infermieristico con Funzioni Strategico Programmatorie	<ul style="list-style-type: none"> - P.O. di processo afferenti al S.I.T.R.O di concerto con i Dirigenti Responsabili di struttura/servizio 	NVA
Dirigente Servizio Infermieristico con Funzioni Gestionali	<ul style="list-style-type: none"> - P.O. direttamente afferenti di concerto con i Dirigenti Responsabili di struttura/servizio 	NVA
Direttore di Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili di struttura semplice articolazione della struttura complessa - Dirigenti con incarico Professionale assegnati alla struttura complessa - Personale del comparto titolare di PO assegnato alla struttura (escluse la P.O. valutate direttamente dal SITRO) 	NVA
Responsabile P.O d'intesa con il Direttore di Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> - Personale del Comparto titolare di funzioni di coordinamento assegnato alla struttura 	NVA
Dirigenti Responsabili di Struttura Semplice	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti con incarico Professionale afferente alla struttura semplice - Personale del comparto titolare di PO afferente alla struttura semplice (escluse la P.O. valutate direttamente dal SITRO) 	NVA
Responsabili con incarico di P.O.	<ul style="list-style-type: none"> - Personale del Comparto assegnato 	Dirigente di diretta afferenza/NVA ¹
Personale con incarico di Coordinamento ²	<ul style="list-style-type: none"> - Personale del Comparto assegnato 	Dirigente di diretta afferenza/NVA ³

¹ Il NVA interviene indirettamente nella valutazione dei valutatori in relazione alla capacità dimostrata nella valutazione

² In caso di assenza nella Unità Operativa di personale con Posizione Organizzativa

³ Il NVA interviene indirettamente nella valutazione dei valutatori in relazione alla capacità dimostrata nella valutazione

Il contributo individuale prevede la valutazione dello specifico apporto individuale di ciascun dipendente al buon funzionamento della struttura di appartenenza nel corso dell'anno suddivisa nelle aree Gestione, Qualità del contributo professionale, Comportamenti, articolate nelle voci di valutazione. La valutazione, sarà formulata unitariamente per ciascuna area tenendo conto delle diverse voci che la compongono, secondo una scala compresa tra 1 e 5 come riportato di seguito:

Pesatura obiettivi di performance individuale

Valutazione	Livello	Significato
1	SCARSO	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso.
2	MINIMO	Descrive un livello di contributo accettabile, che presenta tuttavia significativi margini di miglioramento.
3	BUONO	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso.
4	OTTIMO	Descrive un livello di contributo di qualità ottima e costante nel tempo.
5	ECCELLENTE	Descrive un contributo ritenuto eccezionale e decisamente superiore rispetto all'atteso.

La valutazione finale della sezione individuale, sarà formulata unitariamente per ciascuna area tenendo conto delle diverse voci che la compongono.

A seconda della posizione ricoperta, ciascuna delle due sezioni assumerà un valore diverso nella ponderazione dei punteggi, come di seguito illustrato:

Peso per sezione di valutazione

Posizione	Peso Sezione Obiettivi di Performance org.	Peso Sezione Contributi Individuali
Dirigenti Responsabili di UOC	80%	20%
Dirigenti Responsabili di UOSD, UOS, IPAS	75%	25%
Altri Dirigenti	70%	30%
Personale non dirigente con incarico di posizione organizzativa o coordinamento	60%	40%
Personale non dirigente senza incarichi organizzativi	50%	50%

I risultati della valutazione determinano l'attribuzione della retribuzione di risultato/produttività collettiva. La retribuzione di risultato complessiva è quindi data dalla somma del premio effettivo

per il grado di conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa e del premio effettivo per la performance individuale.

A seconda della posizione ricoperta, ciascuna delle due sezioni assumerà un valore diverso nella ponderazione dei punteggi.

La valutazione annuale di prima istanza dei dipendenti è supportata da un programma informatico accessibile dal sito web aziendale e si compone delle due sezioni di valutazione di cui all'articolo precedente e di una terza sezione relativa a Giudizio Finale e Piano di miglioramento.

Poiché il sistema di valutazione intende favorire un'incentivazione fondata sul merito, da cui conseguano una maggiore produttività e una valorizzazione delle eccellenze e delle competenze professionali, risulta imprescindibile una differenziazione delle valutazioni. A tal fine, la percentuale della retribuzione di risultato assegnata sulla base del raggiungimento degli obiettivi delle singole sezioni performance organizzativa e dei contributi individuali, viene calcolata come illustrato nelle tabelle che seguono:

Pesatura obiettivi di performance organizzativa

% di raggiungimento obiettivi di performance organizzativa	% retribuzione per raggiungimento obiettivi di budget effettivamente riconosciuta
85% - 100%	100%
60% - 84, 99 %	in percentuale
< = 59,99 %	0%

Pesatura obiettivi di performance individuale

Valutazione	Livello	Significato
1	SCARSO	Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'atteso.
2	MINIMO	Descrive un livello di contributo accettabile, che presenta tuttavia significativi margini di miglioramento.
3	BUONO	Descrive un livello di contributo pienamente corrispondente all'atteso.
4	OTTIMO	Descrive un livello di contributo di qualità ottima e costante nel tempo.
5	ECCELLENTE	Descrive un contributo ritenuto eccezionale e decisamente superiore rispetto all'atteso.

Si rimanda allo specifico Regolamento di Budget aziendale ed al Regolamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance individuale, per ulteriori approfondimenti.