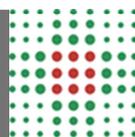


2015



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Piano della Performance 2015-2017

Nel documento sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati in rapporto agli obiettivi definiti

19/03/2015



Sommario

Executive Summary	4
Qualificazione e riordino Assistenza Ospedaliera	4
Qualificazione e riordino Assistenza Territoriale.....	4
Qualità e sicurezza delle cure	4
Accessibilità ai servizi.....	4
Politica del Farmaco e governo della spesa farmaceutica	5
Promozione della salute, uso razionale dell'energia e corretta gestione ambientale.....	5
Integrazione dei servizi generali ed amministrativi.....	5
Governo dei processi di acquisto di beni e servizi.....	5
Governo delle risorse umane	5
1. Premessa	6
2. Identità dell'Azienda Sanitaria.....	8
2.1. Chi siamo	8
2.2. Il Contesto.....	9
2.3. Il Personale	12
2.4. I Dati Economici	16
2.5. Come Operiamo.....	16
3. Gli Impegni Strategici, gli Obiettivi Aziendali, le Dimensioni della Performance e gli Indicatori di Risultato.....	19
3.1. Dimensione della Produzione.....	19
3.1.1. Area dell'Efficienza dei Processi	19
3.1.2. Area della Produttività delle Risorse	20
3.2. Dimensione della Qualità	21
2.2.1. Area della Centralità del Paziente	21
2.2.2. Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza	22
3.3. Dimensione della Sostenibilità	23
3.3.1. Area della Autonomia Economico-Finanziaria	23
3.3.2. Area degli investimenti.....	23
3.4. Dimensione dello Sviluppo Organizzativo	24
3.4.1. Area del Capitale Intellettuale.....	24
3.4.2. Area del Capitale Organizzativo.....	24
3.5. Dimensione della Innovazione	25
3.5.1. Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto	25
3.6. Dimensione della Ricerca	26

3.6.1.	Area della Produzione Scientifica	26
3.6.2.	Area delle Sinergie Azienda Ambiente	26
4.	La Misurazione e Valutazione della Performance	27
	Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa.....	27
	Misurazione e Valutazione della Performance Individuale	28
5.	Collegamento con Trasparenza e Integrità	28
6.	Allegati	29
	Allegato 1.....	29
	Allegato 2.....	32

Executive Summary

La sostenibilità economica è condizione necessaria per il perseguimento degli obiettivi definiti nella programmazione aziendale. Gli obiettivi di efficienza, di contenimento dei costi e di governo dei consumi sono sostanzialmente trasversali ai servizi aziendali e sono fondamentali per la realizzazione degli altri obiettivi, in una situazione di risorse sempre più limitate. Gli obiettivi aziendali da raggiungere nel triennio 2015-2017 sono individuati tenendo conto dei vincoli economici definiti dalla Regione Emilia-Romagna e pertanto la programmazione aziendale non può prescindere dal loro rispetto. (Riferimento obiettivi **B6, E1, E2, E3, E4**).

Di seguito una breve sintesi dei temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, condizionati dai necessari interventi rivolti, da un lato al miglioramento clinico assistenziale ed organizzativo dei servizi offerti e, dall'altro, al contenimento dei costi, seguendo precise linee in coerenza con la programmazione regionale e tenendo conto di situazioni ed esigenze specifiche. Rispetto a ciascun tema sono stati individuati obiettivi specifici declinati nelle rispettive dimensioni ed aree di performance.

Qualificazione e riordino Assistenza Ospedaliera

Il riordino ospedaliero rappresenta un nodo centrale non solo per l'assistenza ospedaliera ma per l'evoluzione complessiva del Servizio Sanitario Regionale, qualificando l'ospedale come centro per la diagnosi e la cura dei pazienti con patologie acute che necessitano di tecnologie, processi produttivi e professionalità eccellenti. Su questi principi si sviluppano le scelte programmatiche aziendali. (Rif. obiettivi **A1, A2, A3, A4, H1**)

Qualificazione e riordino Assistenza Territoriale

I mutamenti demografici di questi ultimi anni evidenziano una sempre maggiore crescita delle classi anziane della popolazione. Questo fenomeno, associato all'incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative, e ad un diverso ruolo attribuito all'ospedale rispetto ai livelli assistenziali erogati, ha imposto un radicale mutamento delle politiche sanitarie, con un'attenzione particolare al rilancio ed allo sviluppo dell'assistenza territoriale. Nelle cure primarie si assiste, infatti, al potenziamento della capacità dell'assistenza territoriale di intercettare la domanda di assistenza, soprattutto per quanto riguarda la cronicità, con lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico, che nelle Case della Salute trovano il loro elemento ottimale di sintesi. (Rif. obiettivi **A2, A5, A6, A7, H1, H2**).

Qualità e sicurezza delle cure

Fornire le migliori e più appropriate cure possibili ed assicurare adeguati standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi rappresentano principi inderogabili dell'Azienda che orientano le attività in tutte le articolazioni e le scelte programmatiche. (Rif. obiettivi **D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7**).

Accessibilità ai servizi

I problemi collegati all'accessibilità sono complessi e riguardano sia la gestione delle liste di attesa, al fine di garantire, per prestazioni ambulatoriali e di ricovero, tempi di attesa con rispetto degli standard definiti, sia lo sviluppo di azioni di governo clinico da perseguire promuovendo il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, riorganizzando il modello erogativo, i sistemi informativi e migliorando l'integrazione tra professionisti. (Rif. obiettivi **B1, C1, C2, H3, H4**)

Politica del Farmaco e governo della spesa farmaceutica

La politica del farmaco intrapresa negli ultimi anni ha portato a risultati importanti, sia nel conseguimento di una maggiore appropriatezza prescrittiva che nel contenimento della spesa farmaceutica. Le azioni messe in campo e finalizzate al governo clinico del farmaco dovranno proseguire ed essere incrementate. Strumento fondamentale, oltre all'informazione puntuale sui farmaci e la formazione di tutti i professionisti coinvolti, è anche l'integrazione nella continuità assistenziale tra medici ospedalieri ed i professionisti del territorio (MMG, PLS, Medici di CA, Specialisti Territoriali). Gli obiettivi prioritari sono costituiti dal conseguimento di una sempre maggiore appropriatezza e dal controllo della spesa farmaceutica. (Rif. obiettivi **B2, B3, E5**)

Promozione della salute, uso razionale dell'energia e corretta gestione ambientale

La promozione della salute è una delle strategie fondamentali della sanità pubblica per affrontare i determinanti che sono alla base delle principali cause di morte e di malattia, attraverso interventi non solo di eliminazione o riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio ambientali o comportamentali, ma anche di valorizzazione delle risorse dell'individuo e del contesto ambientale che favoriscono la salute. Strategica sarà l'adozione di un approccio intersettoriale ed interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale ed ambientale. Saranno inoltre sviluppate azioni per un uso più razionale dell'energia ed una corretta gestione delle politiche ambientali. (Rif. obiettivi **A8, A9, C3, L1, L2, L3, L4, L5**).

Integrazione dei servizi generali ed amministrativi

La dimensione interaziendale di integrazione rappresenta una opportunità davvero favorevole per le logiche di perseguimento di efficienza e riduzione costi, ma anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dell'offerta e l'efficienza nella produzione di servizi. Obiettivo prioritario è la concentrazione strutturale delle funzioni amministrative, tecnico professionali e sanitarie, a prevalente carattere generale e di supporto tecnico logistico, con possibili economie di scala ed economie di processo. (Riferimento obiettivo **G3**).

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Negli ultimi anni si sono raggiunti a livello regionale importanti risultati nel processo di razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, con una crescita sostanziale del livello di acquisti centralizzati. Sempre più cruciale è il ruolo dell'Agenzia Intercent-ER con la responsabilità di guidare la pianificazione e il monitoraggio dell'insieme delle iniziative di acquisto in cui è coinvolto il sistema. Obiettivo prioritario è la piena adesione alle azioni di centralizzazione avviate. (Riferimento obiettivi **B4, B5, G2**).

Governo delle risorse umane

In questo settore da alcuni anni sono attivi meccanismi di contenimento della spesa molto rilevanti, previsti e confermati dalle recenti manovre come strumenti fondamentali per contenere i costi, su cui vengono impostati i principali obiettivi di programmazione. In tale contesto diventa prioritario agire sullo sviluppo delle competenze del personale per ottimizzare i processi produttivi. In particolare è in corso un processo importante, nei setting emergenti di assistenza, rispetto alla qualificazione di alcuni ruoli chiave nello svolgimento delle attività. (Riferimento obiettivi **E6, F1, G1**).

1. Premessa

Il D.Lgs. n.150/2010 ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, ed il presente documento, Piano delle Performance per gli anni 2015-2017, è il riferimento programmatico triennale dove sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali ed i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione degli stessi.

Il presente documento è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nella Delibera n. 1/2014 "Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance".

Con riferimento all'anno 2015 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si pone, e su cui si basa la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri di Responsabilità da riportare nelle schede di budget.

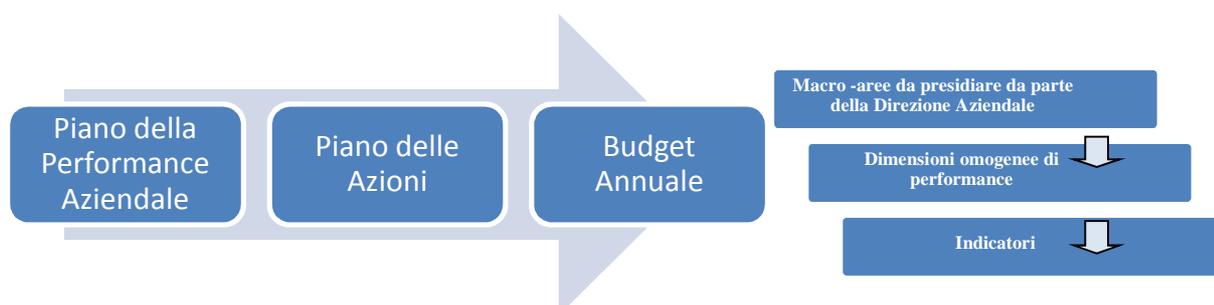
Viene adottato un approccio di valutazione multidimensionale (*BSC – Balanced Scorecard*), finalizzato a supportare la traduzione della strategia in azione, partendo dalla visione e dalle scelte strategiche dell'Azienda ed identificando sette differenti dimensioni attraverso cui è possibile valutare in modo integrato i risultati aziendali.

Nella definizione della programmazione triennale si è tenuto conto dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate con l'esigenza di perseguire la strategia di ridisegno del sistema di cure, quale tema principale delle politiche di sviluppo dei servizi, in risposta ai profondi cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali in atto.

Per uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo, utile a supportare gli interventi rivolti al perseguimento degli obiettivi, gli elementi essenziali sono rappresentati da:

- Il **Piano delle Performance** con sviluppo su arco triennale dei principali obiettivi strategici;
- Il **Piano delle Azioni**, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali definiti per l'anno in corso e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale;
- Il **Budget annuale**, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle Unità Operative;
- Il **sistema di Reporting** con indicatori puntuali per la Direzione Strategica e per le Unità Operative

Di seguito la successione logica delle fasi:



La programmazione aziendale è inserita in un preciso quadro normativo e finanziario di cui si riportano i principali riferimenti:

- ✓ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente il **“Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”** (rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- ✓ **DGR n. 1735/2014** “Misure per l’attuazione della Delibera di Giunta Regionale 24 febbraio 2014 n. 217, concernente Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’Anno 2014”, che ridetermina il volume complessivo delle risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2014;
- ✓ **Circolare Regionale n. 21 del 10/11/14** che fornisce le prime indicazioni operative alle Aziende Sanitarie relativamente alle politiche di miglioramento dell’accessibilità alle cure specialistiche di cui alla DGR n. 1735/2014;
- ✓ **DGR n. 284/2013** “Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014”, che si pone in continuità con il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 individuando i bisogni più impellenti e le aree di intervento da privilegiare con le principali azioni da sviluppare per affrontare al meglio la situazione attuale e rilanciare l’impegno della comunità regionale per un welfare più adeguato;
- ✓ **DGR n. 217/2014** “Linee di Programmazione e Finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’Anno 2014” che, nonostante il quadro di incertezza finanziaria, fornisce alle Direzioni Aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per assicurare la programmazione ed un governo puntuale delle risorse disponibili;
- ✓ **Decreto Lgs n. 118 del 23/06/2011** e s.m.i. che al titolo II detta disposizioni sui *“principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario”* introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativi;
- ✓ **D.L. n. 95 del 06/07/2012** (*“spending review”*) convertito con modificazioni dalla L. 07/08/2012 n. 135 che, con la **L. 24/12/2012 n. 228** (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- ✓ **L. n. 190 del 23/12/14** *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato”* (Legge di stabilità 2015)
- ✓ **Nota protocollo PG/2015/19555** “Programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2015”
- ✓ **DGR 172/2015** “Accettazione e dimissioni e designazione Direttore Generale Azienda USL di Parma”

Inoltre sono da ricordare per la rilevanza che rivestono:

- ✓ **Linee di indirizzo RER relative alla ridefinizione della rete ospedaliera** (versione del 24/10/14);
- ✓ **Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli ospedali di comunità in Regione Emilia-Romagna** (documento programmatico 2013-2015);
- ✓ **DGR 291/2010** *“Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale”*
- ✓ **Accordi Collettivi Nazionali di categoria** (AA.CC.NN. 27/05/2009 e s.m.i.) con il personale a rapporto convenzionale declinati negli Accordi Integrativi Regionali e negli Accordi Locali;

2. Identità dell'Azienda Sanitaria

2.1. Chi siamo

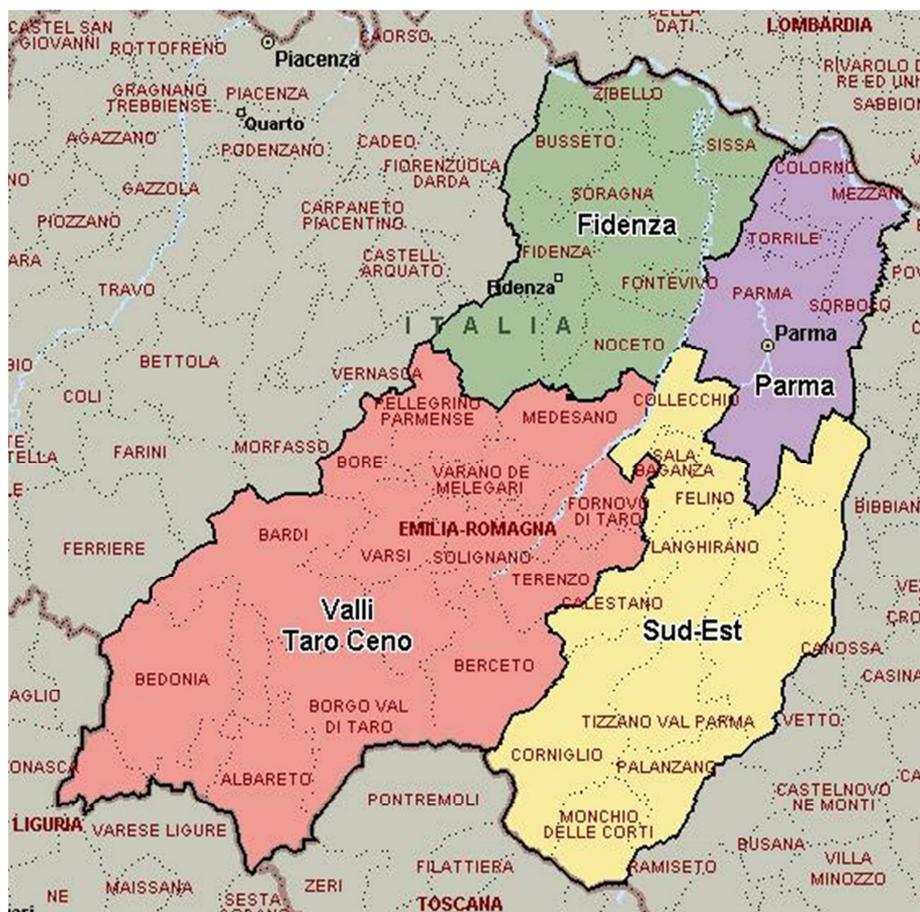
Per un maggiore approfondimento è necessario fare riferimento all'Atto Aziendale, adottato con Deliberazione n. 107 del 13/03/08 e successive modifiche e integrazioni.

La **missione** dell'Azienda USL di Parma è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione -nazionale, regionale e locale -avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità

La **Visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

2.2. Il Contesto

Di seguito una breve sintesi del contesto in cui opera l'Azienda, per una descrizione più dettagliata si rimanda agli specifici capitoli del Bilancio di Missione.



L'Azienda USL di Parma opera su un territorio (3.449 Km² di superficie) che coincide con la provincia di Parma, con una popolazione complessiva di 444.285 abitanti distribuiti in 46 comuni. L'Azienda USL, è organizzata in **4 DISTRETTI SANITARI**:

1. **DISTRETTO DI PARMA**, comuni: Parma, Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani;
2. **DISTRETTO DI FIDENZA**, comuni: Fidenza, Salsomaggiore Terme, Noceto, Fontanellato, Fontevivo, Soragna, Busseto, Polesine, Zibello, Roccabianca, San Secondo Parmense, Sissa-Trecasali;
3. **DISTRETTO SUD-EST**, comuni: Langhirano, Collecchio, Sala Baganza, Felino, Calestano, Tizzano Val Parma, Corniglio, Monchio delle Corti, Lesignano Bagni, Montechiarugolo, Traversetolo, Neviano Arduini, Palanzano;

4. **DISTRETTO VALLI TARO E CENO**, comprendente i comuni di **Borgo Val di Taro, Medesano, Fornovo, Varano de' Melegari, Varsi, Bore, Bardi, Pellegrino Parmense, Solignano, Terenzo, Berceto, Valmozzola, Bedonia, Albareto, Compiano, Tornolo**.

L'analisi demografica registra, negli ultimi anni, un incremento della popolazione complessiva dovuto principalmente a due fenomeni l'immigrazione e l'invecchiamento della popolazione locale. In particolare, gli aspetti che più hanno inciso sono stati:

- **l'afflusso di popolazione immigrata**, per lo più in età lavorativa, nelle aree di pianura, e collina, poco in montagna;
- **l'aumento della natalità** sia della popolazione autoctona che, in misura più rilevante, della popolazione immigrata, la quale presenta comportamenti riproduttivi diversi da quelli dei residenti;
- La diminuzione della popolazione giovane ed in età lavorativa nella zona montana.;

Questi fenomeni hanno generato, nell'ultimo quadriennio, un **lieve ringiovanimento della popolazione complessiva**, con un indice di vecchiaia che oscilla da 234,1 nel Distretto Valli Taro-Ceno a 162,3 nel Distretto Sud-Est. La distribuzione demografica vede prevalere il Distretto di Parma (circa il 49,18% della popolazione totale), seguito da Fidenza (23,40%), Sud-Est (17,11%) e Valli Taro-Ceno (10,31%). Il 52,89% della popolazione risiede nei 3 comuni più grossi Parma, Fidenza e Salsomaggiore Terme, mentre la restante popolazione vive in 43 comuni di cui 5, prevalentemente distribuiti in pianura, superano i 10.000 abitanti, 14 superano i 5.000 abitanti e 24, prevalentemente distribuiti in montagna, non superano i 5mila abitanti.

Il territorio, che aggrega **46 Comuni**, di cui 15 situati in Pianura, 16 in Collina e 15 in Montagna, vede la popolazione diversamente distribuita nelle tre "zone altimetriche" omogenee per conformazione del territorio:

- "Pianura": 25% del territorio (863 kmq) con il 61,5% della popolazione con la più elevata densità abitativa di 315 abitanti per kmq.
- "Collina": il 31,5% del territorio (1.086 kmq) con il 31,4% popolazione e 128 ab./kmq.
- "Montagna": il 43,5% del territorio (1.499 kmq) con il 7% popolazione e 21 ab./kmq.

Per quanto riguarda **l'Assistenza Ospedaliera** l'Azienda opera mediante 2 (due) ospedali a gestione diretta e 7 (sette) case di cura convenzionate.

La Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.221 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 69,5% (1.549 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza San Secondo e Borgotaro), e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.154 pl 51,7% del totale). Il privato gestisce 7 case di cura con 682 pl (30,6%).

Dei 2.221 posti disponibili il 76,5% è dedicato al trattamento degli episodi acuti, l'11,9% è destinato a trattamenti di tipo riabilitativo, mentre il restante 11,6% viene utilizzato per lungodegenza.

Le Case di Cura della Provincia di Parma dispongono del 48,3% dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari e Don Carlo Gnocchi).

Sono disponibili **4,97 pl ogni 1.000 abitanti**, ed il **Tasso di Ospedalizzazione** è pari a **163,1**.

L'attività relativa all'assistenza ospedaliera evidenzia, negli ultimi anni, un calo sia nella produzione che nei consumi. Per ciò che riguarda le strutture pubbliche la produzione diminuisce in maniera più significativa (attorno al 2%) rispetto al Privato Accreditato (+0,3%).

Per ciò che attiene i consumi dei residenti dell'Azienda USL di Parma, i dati evidenziano una diminuzione complessiva dell'1,8% dei ricoveri. A livello provinciale i residenti si rivolgono nel 55,7% dei casi all'Azienda Ospedaliero Universitaria seguita dagli Ospedali Aziendali AUSL (20,4%) e dal Privato Accreditato provinciale (17,8%); i consumi al di fuori del territorio provinciale rappresentano circa il 5,9% dei ricoveri.

Nel processo di riordino della assistenza ospedaliera, è in fase di sviluppo la rete delle **Cure Intermedie**, che rappresentano un area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, con l'obiettivo prioritario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio; assicurano assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. Sono stati attivati 30 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Rehabilitation Week Hospital e 10 p.l. di Lungoassistenza); altri 6 p.l. sono stati attivati presso l'ASP "San Mauro Abate di Colorno".

Per quanto riguarda l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 94 presidi a gestione diretta e 185 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 279 strutture). L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da 294 MMG, 60 PLS e 121 MCA, che operano in 21 NCP (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità).

Sono in fase di realizzazione **26 Case per la salute: il 50% già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.

Nella Casa per la salute si cerca di garantire:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti);
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura, counseling,);
- pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.);
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute opererà un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa. L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con

problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. l'Azienda USL di Parma assicura oltre 5.500.000 prestazioni ai cittadini residenti nella provincia di Parma attraverso l'erogazione diretta (Ospedali Aziendali e Poliambulatori USL), i contratti di fornitura (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Privato Accreditato), una parte residuale è stata usufruita in mobilità passiva infra ed extra regionale. L'Indice di Consumo per 1.000 abitanti, per le prestazioni di base, è pari a 1.263. **L'Assistenza Psichiatrica** è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che comprende le Aree Disciplinari di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Psicologia Clinica, è presente nei quattro distretti dell'Azienda USL con una Unità Operativa di NPIA, un CSM e un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria oltre 58.000 prestazioni/anno, il Servizio Dipendenze Patologiche ha in carico circa 1.180 pazienti/anno. **L'Assistenza agli Anziani** viene erogata attraverso strutture residenziali accreditate, destinate all'accoglienza e alla cura degli anziani non autosufficienti, e servizi semiresidenziali, finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento ed una diffusa distribuzione sul territorio. Grande impulso è derivato dalla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi a loro vive accanto e se ne prende cura. Il FRNA è programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il Welfare e sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali. E' attuato attraverso il piano annuale delle attività, elaborato dal Comitato di Distretto e dal Direttore del Distretto sulla base delle indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ed il riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda USL, luoghi deputati alla programmazione ed al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento. I **Consultori Familiari**, distribuiti in 30 sedi con oltre 48.000 utenti, si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia. Negli ultimi anni sono state sviluppate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori dei consultori, con particolare riferimento al percorso nascita, all'età adolescenziale alle tematiche della menopausa.

2.3. Il Personale

Le tabelle seguenti descrivono, attraverso dati numerici, la consistenza dell'organico del personale dipendente dell'Azienda USL di Parma. Nella tabella 1 viene elencato il personale dipendente, suddiviso nelle macro aree per categoria professionale di appartenenza, sia esso personale di ruolo che personale a tempo determinato. Come si può notare il personale dirigente assomma a n. 552 unità ossia il 20,85% del personale complessivo. Nell'area comparto il personale infermieristico rappresenta chiaramente la parte più rilevante, pari al 36,99% del totale. Il personale amministrativo si attesta su una percentuale pari al 13,03%.

Tabella 1 Dipendenti per Area Professionale a Tempo Indeterminato e Tempo Determinato

PERSO NALE DIPEN DENTE AL 31 DICEMBRE 2014

Personale dipendente	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Totale al 31 dicembre 2014	% personale per area professionale di appartenenza
Dirigenti Medici e Veterinari	410	37	447	16,89
Dirigenti Sanitari	68	5	73	2,76
Dirigenti PTA	31	1	32	1,21
Totale Dirigenza	509	43	552	20,85
Personale infermieristico	942	37	979	36,99
Personale tecnico sanitario	80	5	85	3,21
Personale prevenzione	114	3	117	4,42
Personale riabilitazione	145	15	160	6,04
Assistenti sociali	24	1	25	0,94
Personale tecnico	183	12	195	7,37
O.S.S.	184	12	196	7,40
Personale amministrativo	324	14	338	12,77
Totale comparto	1996	99	2095	79,15
TOTALE GENERALE	2505	142	2647	100,00

Il conteggio del personale della Tabella 1 fotografa la situazione al 31.12.2014 e conteggia ogni testa come “intera”, non tenendo conto, pertanto, del personale a part – time od occupato per periodi dell'anno. Nella Tabella 2 viene rappresentata la distribuzione del personale tra le diverse articolazioni aziendali: il distretto di Parma (capoluogo) è quello che ha il maggior numero di dipendenti, pari a n. 752. Altra articolazione con un rilevante numero di occupati è l'Ospedale di Fidenza con n. 619 operatori: se a questa articolazione si aggiungono i n. 390 occupati nel Distretto di Fidenza, si raggiunge la considerevole cifra di n. 1.009 unità insistente in quella area territoriale di riferimento.

Tabella 2 Distribuzione del personale fra le Articolazioni Aziendale al 31 dicembre anni 2013/2014

	Personale al 31/12/2013	Personale al 31/12/2014
Sede Centrale	301	294
Distretto di Parma	747	752
Distretto di Fidenza	344	390
Ospedale di Fidenza	667	619
Distretto Valli Taro e Ceno	171	170
Ospedale Borgo Val di Taro	230	227
Distretto Sud-Est	195	195
TOTALE	2655	2647

Nella successiva Tabella 3 sono riportati i dipendenti suddivisi per sesso ed area contrattuale: dirigenza e comparto. Il personale femminile è pari al 71,82 % del totale e rappresenta il 77,37 % dell'Area Comparto ed il 50,72 % dell'Area Dirigenziale.

Tabella 3 – Distribuzione del personale in servizio al 31.12.2014 per sesso	Femmine		Maschi		Totale
	1901	71,82	746	28,18	
Personale complessivo	1901	71,82	746	28,18	2647
Dirigenti Medici	199	53,07	176	46,93	375
Dirigenti Veterinari	14	19,44	58	80,56	72
Dirigenti Sanitari	54	73,97	19	26,03	73
Dirigenti PTA	13	40,63	19	59,38	32
Personale comparto	1621	77,37	474	22,63	2095
Incarichi struttura complessa	18	31,03	40	68,97	58
Incarichi struttura semplice	38	45,24	46	54,76	84
Altri incarichi dirigenza	224	54,63	186	45,37	410

Nella tabella 4 sono riportati i dati relativi all'andamento del personale suddiviso per categorie professionali con rapporto di lavoro a tempo parziale dall'anno 2011 all'anno 2014

Tabella 4 Andamento del personale a tempo parziale/impegno ridotto				
	Part-Time 31/12/2011	Dipendenti Part-Time 31/12/2012	Dipendenti Part-Time 31/12/2013	Dipendenti Part-Time 31/12/2014
Dirigenti Medici Veterinari	3	5	3	3
Dirigenti Sanitari	3	9	8	2
Dirigenti P.T.A.	0	0	0	0
Personale Infermieristico	98	104	101	100
Personale Tec. Sanitario	9	8	8	7
Personale Prevenzione	8	7	7	7
Personale Riabilitazione	25	24	25	25
Assistenti Sociali	4	3	3	2
Personale Tecnico	15	16	17	17
O.S.S.	9	9	9	9
Personale Amministrativo	59	54	52	46
TOTALI DIP. PART-TIME	233	239	233	218

LE INIDONEITA'

MEDICO COMPETENTE: VISITE MEDICHE PREVENTIVE E PERIODICHE D.LGS 81/2008 E DLGS 230/1995

Nel 2014, sulla base del protocollo di sorveglianza sanitaria adottato e degli scadenziari, sono stati visitati, ai sensi del D.Lgs 81/2008, **984** dipendenti dei Distretti e degli Ospedali di Fidenza-S.Secondo e Borgotaro oltre agli allievi del corso laurea infermieristico e tecnico della prevenzione, corso OSS e altre figure mediche con rapporto di convenzione o L.P per le attività radiologiche, di emergenza 118 e di veterinaria, per un **TOTALE DI 1042**. La visita è stata integrata da quelle prestazioni di laboratorio o strumentali, erogate direttamente dal medico competente e dai servizi dell' Azienda USL, necessarie per la redazione del giudizio di idoneità (vaccinazioni, test tubercolinici (Mantoux, Quantiferon), elettrocardiogrammi, audiometrie, esami ematochimici e strumentali, visite specialistiche, etc.....). Le patologie dell'apparato osteoarticolare ed in particolare del rachide/spalla connesse con l'attività di movimentazione di pesi o assistiti, si confermano, in linea con le risultanze della sorveglianza sanitaria degli anni precedenti e con quanto riportato anche in letteratura per il Comparto Sanità e, non ultimo, per effetto dell'anzianità anagrafica in costante aumento, il principale problema di salute della popolazione lavorativa dell' Azienda USL di Parma, con ripercussioni sulla continuità assistenziale dei reparti ospedalieri e dell'assistenza domiciliare integrata e sui giudizi di idoneità alla mansione espressi. Le tabelle successive riportano l'entità numerica della sorveglianza sanitaria attuata e dell'esposizione a rischi professionali, come da comunicazione annuale INAIL, allegato 3B del DLgs 81/2008, in corso di predisposizione.

<u>DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA</u>	Maschi	Femmine
Numero totale di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	685	1848
Numero di lavoratori visitati nell'anno di riferimento	293	691
Numero di lavoratori visitati e idonei alla mansione specifica	254	537
Numero di lavoratori visitati e idonei con limitazioni/prescrizioni temporanee	4	28
Numero di lavoratori visitati e idonei con limitazioni/prescrizioni permanenti	32	117
Numero di lavoratori visitati e NON idonei temporaneamente	3	9
Numero di lavoratori visitati NON idonei permanentemente	0	0

<u>ESPOSIZIONE AI RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI</u>	
Movimentazione manuale dei carichi	X
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	X
Agenti chimici	X
Agenti cancerogeni e mutageni	
Amianto	
Silice libera cristallina	
Agenti biologici	X
Videoterminali	X
Vibrazioni corpo intero	
Vibrazioni mano braccio	
Rumore	X
Radiazioni ottiche artificiali	
Radiazioni ultraviolette naturali	
Microclima severo	

Infrasuoni	
Ultrasuoni	
Atmosfere iperbariche	X
Lavoro notturno (D. lgs. 66 del 2003 2 2113/2004) > 80 gg l'anno	
Lavoro a turni con notte	X
Altri rischi evidenziati nella valutazione dei rischi (CAMPI MAGNETICI, RADIAZIONI IONIZZANTI)	X

La prevalenza di giudizi di NON IDONEITA' PERMANENTE O TEMPORANEA e di IDONEITA' CON LIMITAZIONE riguarda dipendenti con qualifica sanitaria (infermieristica e OSS). La prevalenza di non idoneità o idoneità con limitazione riscontrata nel personale sanitario (infermieristico e ausiliario (OSS, OT, ausiliari) di Struttura Ospedaliera, è in linea con quelle riportate in letteratura dalle statistiche condotte nelle strutture sanitarie nazionali. Seppure i dati non siano relativi alla totalità dei dipendenti soggetti a visita, rispetto al prospetto presentato nel 2013 appare in netta diminuzione la percentuale di soggetti "non idonei temporaneamente" mentre la percentuale di "idonei con prescrizioni/limitazioni" rimane costante anche in presenza di un crescente numero di di visite straordinarie richieste dai lavoratori con problematiche di salute o da assenze superiori ai 60 giorni.

2.4.I Dati Economici

Si rimanda alla SEZIONE 2, "Profilo Aziendale" paragrafo "sostenibilità economico-finanziaria e patrimoniale", approvato con Delibera n. 522 del 09/09/14

2.5.Come Operiamo

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda e all'organizzazione dei servizi. La **Direzione Generale si avvale di una funzione collegiale di governo composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore delle attività sociosanitarie, dai Direttori di Distretto**. Si avvale altresì delle competenze tecnico-professionali della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Aziendale, della Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale e del Dipartimento Assistenza Farmaceutica. La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

Il **Collegio di Direzione** è organo dell'Azienda, opera attraverso un proprio regolamento adottato dal Direttore Generale. Ha compiti di elaborazione e di proposta al Direttore Generale per:

- l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi
- le attività di formazione e di formazione permanente, di ricerca e di innovazione ed il regolamento attuativo del relativo programma aziendale, con particolare riguardo al programma di formazione aziendale nell'ambito delle E.C.M (educazione continua in medicina);

- la libera professione, inclusa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria e per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- il Programma aziendale di gestione del rischio;
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

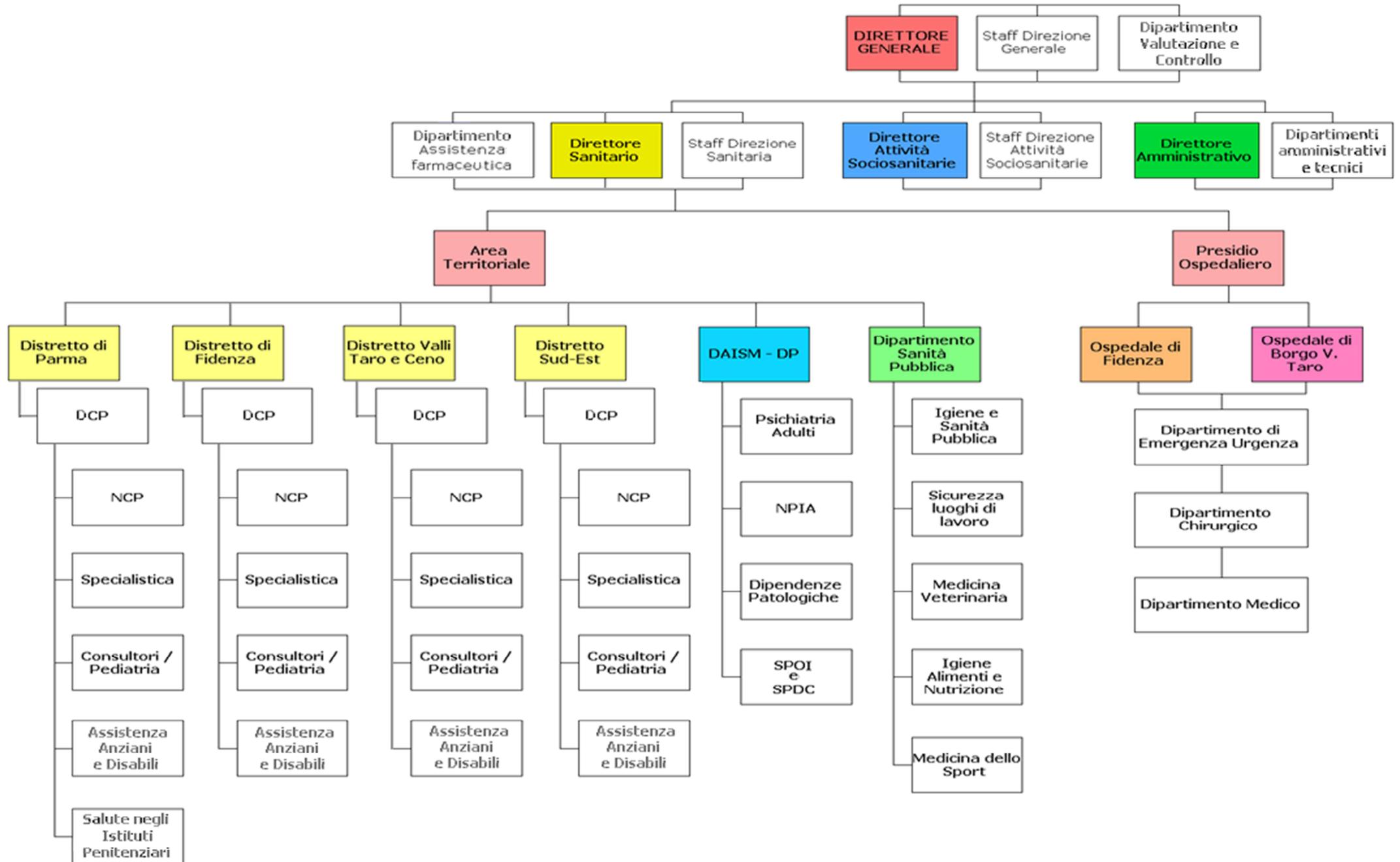
Esprime parere su regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

“Il Distretto: costituisce l'articolazione territoriale dell'Azienda, dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate.” “Il Distretto contribuisce alla missione aziendale assicurando alla popolazione residente la disponibilità secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza dei servizi sanitarie e socio-sanitari ad elevata integrazione, attraverso l'esercizio **di funzioni di committenza**, intesa quale analisi e definizione partecipata dei bisogni, allocazione delle risorse, negoziazione della qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi con i vari livelli di produzione, monitoraggio e valutazione dei risultati.”“**Il Distretto gestisce il Fondo regionale per la non autosufficienza** nei modi e nelle forme previste dalla normativa regionale.”**Il budget del Distretto, di cui all'art. 4 della L.R. n. 29 del 2004 è costituito dalla somma dei budget assegnati alle Aree dipartimentali distrettuali, al Dipartimento cure primarie ed alle articolazioni aziendali operanti sul territorio del Distretto.** La programmazione dei Distretti trova il punto di equilibrio e di sintesi nella Direzione Generale dell'Azienda. La gestione del budget rappresenta il tessuto operativo di interazione fra la funzione di committenza propria dei Distretti e la funzione di produzione attribuita ai Dipartimenti sanitari.

I Dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. E' una struttura organizzativa complessa dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, costituita da una pluralità di unità operative e/o moduli organizzativi, raggruppati in base all'affinità del loro sistema tecnico di riferimento o della loro interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti gruppi di utenti, ovvero nello svolgimento di funzioni di supporto. Sono Dipartimenti Aziendali il Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, il Dipartimento di Sanità Pubblica; i Dipartimenti delle Cure Primarie sono Distrettuali. Altri Dipartimenti Sanitari sono i Dipartimenti del Presidio Ospedaliero ed i Dipartimenti tecnico-amministrativi sono il Dipartimento Risorse Umane e Risorse Economico Finanziarie, il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed il Dipartimento Valutazione e Controllo.

Area Vasta Emilia Nord (AVEN): l'Azienda USL di Parma partecipa alla forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sette Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Modena) presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena. Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell'ambito dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell'ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta. In coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, l'obiettivo è quello di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi, migliorando anche la sostenibilità economica.

L'Azienda USL di Parma adotta il seguente modello organizzativo:



3. Gli Impegni Strategici, gli Obiettivi Aziendali, le Dimensioni della Performance e gli Indicatori di Risultato

3.1.Dimensione della Produzione

Il mantenimento quali-quantitativo delle prestazioni è obiettivo proprio di tutte le UU.OO. afferenti ai diversi Dipartimenti, ampiamente dettagliati nelle schede di budget a i cui contenuti si rimanda. Di seguito gli obiettivi riferiti alla produzione qualificanti in termini di efficienza e produttività

3.1.1. Area dell'Efficienza dei Processi

Obiettivo	2015	2016	2017
A1 Riorganizzazione del P.O. Aziendale	Ridefinizione del modello organizzativo del P.O. Aziendale	Prosecuzione del processo di riorganizzazione	Prosecuzione del processo di riorganizzazione
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
A2 Riconversione posti letto ospedalieri in posti letto di cure intermedie	Ridefinizione della rete ospedaliera con riclassificazione dei posti letto	Prosecuzione del processo di riclassificazione dei posti letto	Prosecuzione del processo di disattivazione dei posti letto di D.H.
Indicatore	P.L. riconvertiti/P.L. da riconvertire	P.L. riconvertiti/P.L. da riconvertire	P.L. riconvertiti/P.L. da riconvertire
Indicatore	P.L. C.I. attivati/P.L. C.I. programmati	P.L. C.I. attivati/P.L. C.I. programmati	P.L. C.I. attivati/P.L. C.I. programmati
A3 Riduzione dei P.L. di D.H.	Prosecuzione del processo di riduzione dei posti letto di D.H.	Prosecuzione del processo di riduzione dei posti letto di D.H.	Prosecuzione del processo di riduzione dei posti letto di D.H.
Indicatore	P.L. disattivati/P.L. da disattivare	P.L. disattivati/P.L. da disattivare	P.L. disattivati/P.L. da disattivare
A4 Revisione dei punti nascita	Completamento del processo iniziato nel 2014	Consolidamento della rete ridefinita dei punti nascita	Consolidamento della rete ridefinita dei punti nascita
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
A5 Completamento del Piano di Attivazione delle Case della Salute	Attivazione Case della Salute Programmate	Attivazione Case della Salute Programmate	Attivazione Case della Salute Programmate
Indicatore	CdS attivate/CdS programmate	CdS attivate/CdS programmate	CdS attivate/CdS programmate

A6 Sviluppo di ambiti e percorsi integrati per la presa in carico della cronicità	Consolidamento delle attività dei percorsi integrati e degli amb. inf. ed ulteriori attivazioni nelle CdS	Consolidamento delle attività dei percorsi integrati e degli amb. inf. ed ulteriori attivazioni nelle CdS	Consolidamento delle attività dei percorsi integrati e degli amb. inf. ed ulteriori attivazioni nelle CdS
Indicatore	Percorsi integrati realizzati/programmati	Percorsi integrati realizzati/programmati	Percorsi integrati realizzati/programmati
Indicatore	Ambulatori inf./CdS	Ambulatori inf./CdS	Ambulatori inf./CdS
A7 Rimodulazione Assistenza Residenziale per il DAISM-DP	Stesura di un piano per la programmazione ed il monitoraggio dell'assistenza sanitaria residenziale per CSM e SERT	Prosecuzione delle attività	Prosecuzione delle attività
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
A8 Promozione della salute per favorire stili di vita salutari	Realizzazione programmi di intervento nei progetti di comunità e nei contesti scolastici	Realizzazione programmi di intervento nei progetti di comunità e nei contesti scolastici	Realizzazione programmi di intervento nei progetti di comunità e nei contesti scolastici
Indicatore	Evidenza attività	Evidenza attività	Evidenza attività
A9 Promozione della Salute e della prevenzione nelle Case della Salute	Organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute nelle CdS	Organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute nelle CdS	Organizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute nelle CdS
Indicatore	Evidenza attività	Evidenza attività	Evidenza attività

3.1.2. Area della Produttività delle Risorse

Obiettivo	2015	2016	2017
B1 Applicazione Linee Guida per l'appropriata prescrizione delle prestazioni	Applicazione raccomandazioni DGR 1779/10 DGR 704/134	Applicazione raccomandazioni DGR 1779/10 DGR 704/134 ed avvio applicazione per altri protocolli	Applicazione raccomandazioni DGR 1779/10 DGR 704/134 ed avvio applicazione per altri protocolli
Indicatore	I.C. prestazioni spec.	I.C. prestazioni spec.	I.C. prestazioni spec.
B2 Promozione ad un maggiore utilizzo di farmaci a brevetto scaduto	Incremento utilizzo farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi secondo gli indirizzi regionali	Incremento utilizzo farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi secondo gli indirizzi regionali	Incremento utilizzo farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi secondo gli indirizzi regionali

Indicatore	DDD brevetto scaduto sul totale dei consumi	DDD brevetto scaduto sul totale dei consumi	DDD brevetto scaduto sul totale dei consumi
B3 Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici	Prosecuzione del processo strutturale di integrazione delle attività del magazzino di Area Vasta	Prosecuzione del processo strutturale di integrazione delle attività del magazzino di Area Vasta	Prosecuzione del processo strutturale di integrazione delle attività del magazzino di Area Vasta
Indicatore	Evidenza attività	Evidenza attività	Evidenza attività
B4 Centralizzazione programmazione acquisti e realizzazione rete regionale	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
B5 Dematerializzazione ordini e fatture beni sanitari e servizi	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
B6 Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori	Monitoraggio dei tempi nel rispetto degli standard forniti dalla RER	Monitoraggio dei tempi nel rispetto degli standard forniti dalla RER	Monitoraggio dei tempi nel rispetto degli standard forniti dalla RER
Indicatore	Giorni di pagamento	Giorni di pagamento	Giorni di pagamento

3.2.Dimensione della Qualità

2.2.1. Area della Centralità del Paziente

Obiettivo	2015	2016	2017
C1 Governo dei tempi di attesa per visite e diagnostica	Rispetto degli standard previsti per le prestazioni programmabili e le urgenze differibili	Rispetto degli standard previsti per le prestazioni programmabili e le urgenze differibili	Rispetto degli standard previsti per le prestazioni programmabili e le urgenze differibili
Indicatore	Indici di performance	Indici di performance	Indici di performance
C2 Governo dei tempi di attesa per i ricoveri	Rispetto degli standard previsti	Rispetto degli standard previsti	Rispetto degli standard previsti
Indicatore	Indici di performance	Indici di performance	Indici di performance
C3 Promozione e prosecuzione attività nei tre programmi di screening	Rispetto degli standard dei tassi di adesione	Rispetto degli standard dei tassi di adesione	Rispetto degli standard dei tassi di adesione
Indicatore	Tasso di adesione	Tasso di adesione	Tasso di adesione

2.2.2. Area della Qualità Organizzativa/Sicurezza

Obiettivo	2015	2016	2017
D1 Adozione raccomandazioni per: - allontanamento del paziente dalle strutture sanitarie; - gestione clinica del farmaco; - gestione caduta paziente	Implementazione raccomandazioni	Implementazione raccomandazioni	Implementazione raccomandazioni
Indicatore	Evidenza documentale	Indici di performance	Indici di performance
D2 Adozione raccomandazioni per prevenzione: - reazione trasfusionale da ABO - violenza su operatore sanitario	Consolidamento e monitoraggio	Consolidamento e monitoraggio	Consolidamento e monitoraggio
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
D3 Adeguamento alle linee di indirizzo regionali per la gestione del rischio infettivo	Assicurare l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico	Prosecuzione del percorso di integrazione	Prosecuzione del percorso di integrazione
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
D4 Realizzazione delle condizioni organizzative per la gestione diretta dei sinistri	Consolidamento del percorso	Consolidamento del percorso	Consolidamento del percorso
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
D5 Gestione eventi avversi gravissimi	Implementazione procedura aziendale	Implementazione procedura aziendale	Implementazione procedura aziendale
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale

3.3. Dimensione della Sostenibilità

3.3.1. Area della Autonomia Economico-Finanziaria

Obiettivo	2015	2016	2017
E1 Equilibrio economico-finanziario in sede previsionale	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto dei vincoli economici
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
E2 Pareggio in sede di bilancio di esercizio	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto dei vincoli economici	Rispetto dei vincoli economici
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
Eb1 Riduzione costi sopra la media RER	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza
Indicatore	Costo pro-capite per livello di assistenza	Costo pro-capite per livello di assistenza	Costo pro-capite per livello di assistenza
E3 Mantenimento costi sotto la media RER	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza	Riallineamento costo pro capite per livello di assistenza
Indicatore	Costo pro-capite per livello di assistenza	Costo pro-capite per livello di assistenza	Costo pro-capite per livello di assistenza
E4 Contenimento spesa farmaceutica	Rispetto dei vincoli definiti dalla RER	Rispetto dei vincoli definiti dalla RER	Rispetto dei vincoli definiti dalla RER
Indicatore	Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta pro-capite pesata
E5 Controllo e monitoraggio dei costi relativi al personale	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER	Adozione delle azioni previste dalle indicazioni RER
Indicatore	Costo pro-capite per ruolo	Costo pro-capite per ruolo	Costo pro-capite per ruolo

3.3.2. Area degli investimenti

Si rimanda ai contenuti del Piano degli Investimenti, approvato con Delibera n. 124 del 04/03/14.

3.4.Dimensione dello Sviluppo Organizzativo

3.4.1. Area del Capitale Intellettuale

Obiettivo	2015	2016	2017
F1 Mappatura delle competenze e connessione con il Dossier Formativo	Avvio del progetto per la mappatura delle competenze a partire da ruoli infermieristici chiave nell'assistenza territoriale	Avvio del progetto per la mappatura delle competenze a partire da ruoli infermieristici chiave nell'assistenza territoriale	Gestione del Dossier attraverso la definizione di piani di sviluppo connessi alle competenze più critiche
Indicatore	Evidenza svolgimento mappatura	Evidenza autovalutazione/valutazione	Evidenza dossier formativo di gruppo

3.4.2. Area del Capitale Organizzativo

Obiettivo	2015	2016	2017
G1 Riorganizzazione dei processi di gestione del personale in ambito aziendale	Prosecuzione del processo di omogeneizzazione ed integrazione	Prosecuzione del processo di omogeneizzazione ed integrazione	Prosecuzione del processo di omogeneizzazione ed integrazione
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
G2 Riorganizzazione dei processi di acquisizione beni e servizi in ambito aziendale	Prosecuzione del processo di integrazione	Prosecuzione del processo di integrazione	Prosecuzione del processo di integrazione
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
G3 Integrazione dei Servizi Generali, Amministrativi e Sanitari (per la continuità assistenziale ospedale-territorio) tra AUSL e AOU	Consolidamento del processo di integrazione	Consolidamento del processo di integrazione	Consolidamento del processo di integrazione
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale

3.5.Dimensione della Innovazione

3.5.1. Area dell'Innovazione di Processo e Prodotto

Obiettivo	2015	2016	2017
H1 Riorganizzazione dei processi di cura in ambito ospedaliero e territoriale attraverso la costruzione dei PDTA	Formalizzazione dei PDTA a livello aziendale	Formalizzazione dei PDTA a livello aziendale	Formalizzazione dei PDTA a livello aziendale
Indicatore	N. PDTA formalizzati (trend incrementale)	N. PDTA formalizzati (trend incrementale)	N. PDTA formalizzati (trend incrementale)
H2 Costruzione sociale e partecipata della Salute nelle Case della Salute	Avvio del percorso attraverso il coinvolgimento dei principali stakeholders nei contesti locali	Consolidamento del percorso attraverso il coinvolgimento dei principali stakeholders nei contesti locali	Consolidamento del percorso attraverso il coinvolgimento dei principali stakeholders nei contesti locali
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
H3 Sviluppo dell'ICT nella dematerializzazione dei processi relativi ai servizi resi al cittadino	Avvio del processo di dematerializzazione della ricetta farmaceutica e specialistica	Consolidamento del processo di dematerializzazione della ricetta farmaceutica e specialistica	Consolidamento del processo di dematerializzazione della ricetta farmaceutica e specialistica
Indicatore	N. ricette de materializzate (trend incrementale)	N. ricette de materializzate (trend incrementale)	N. ricette de materializzate (trend incrementale)
H4 Sviluppo dell'ICT per il miglioramento dei servizi resi al cittadino con il consolidamento del FSE	Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE	Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE	Promozione dell'attivazione e dell'utilizzo del FSE
Indicatore	N. FSE attivati (trend incrementale)	N. FSE attivati (trend incrementale)	N. FSE attivati (trend incrementale)

3.6. Dimensione della Ricerca

3.6.1. Area della Produzione Scientifica

Obiettivo	2015	2016	2017
L1 Riqualficazione del sistema di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica aziendale	Promozione del processo di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica	Consolidamento del processo di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica	Consolidamento del processo di raccolta e pubblicazione della produzione scientifica
Indicatore	N. pubblicazioni (trend incrementale)	N. pubblicazioni (trend incrementale)	N. pubblicazioni (trend incrementale)

3.6.2. Area delle Sinergie Azienda Ambiente

Obiettivo	2015	2016	2017
L1 Sviluppo politiche integrate per il miglioramento dell' impatto ambientale della mobilità aziendale	Attivazione politiche a sostegno della mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti.	Sviluppo politiche a sostegno della mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti.	Sviluppo politiche a sostegno della mobilità sostenibile negli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti.
Indicatore	Elaborazione PSCL 2015	Evidenza documentale	Evidenza documentale
L2 Razionalizzazione uso degli automezzi aziendali ai fini di una migliore sostenibilità ambientale	Progressivo rinnovo parco auto con mezzi a minor impatto ambientale e ottimizzazione utilizzo condiviso flotta aziendale.	Interventi di formazione su guida sicura e sostenibile per i dipendenti abilitati all'uso dei mezzi aziendali.	Consolidamento di politiche di razionalizzazione dell'uso della flotta aziendale in chiave eco-sostenibile.
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale
L3 Consolidamento Politiche per l'efficientamento della gestione energetica aziendale	Incremento produzione energia fotovoltaico e progressiva sostituzione corpi illuminanti fluorescenti con impianti a led .	Ulteriori azioni di efficientamento energetico negli edifici dell'azienda.	Consolidamento politiche per l'efficienza energetica degli edifici dell'azienda.
Indicatore	Evidenza documentale conclusione lavori.	Evidenza documentale	Evidenza documentale
L4 Uso razionale energia e corretta gestione ambientale	Attività di formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori	Attività di formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori	Attività di formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori
Indicatore	Evidenza documentale	Evidenza documentale	Evidenza documentale

4. La Misurazione e Valutazione della Performance

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 di Parma, vengono misurate e valutate la Performance Organizzativa e la Performance Individuale.

Misurazione e Valutazione della Performance Organizzativa

La programmazione degli obiettivi tiene conto delle delibere regionali che definiscono il quadro di riferimento per la gestione del Servizio Sanitario Regionale. L'individuazione puntuale degli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali, unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali, avviene attraverso l'adozione del Piano della Performance e si esplicita operativamente attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo.

E' responsabilità del Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso l'U.O. Controllo di Gestione, sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione delle performance organizzative.

Il sistema si articola in quattro fasi:

1. 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 **Piano delle Azioni** in cui trovano declinazione anche obiettivi più specifici legati ai diversi ambiti di attività. 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.

2. Formulazione del budget

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 delle Azioni e al Piano della Performance) con i relativi indicatori di verifica e lo standard di riferimento.

3. Svolgimento e monitoraggio dell'attività

Viene fatta una verifica trimestrale (Budget Dipartimenti Cure Primarie) e semestrale per gli altri Dipartimenti. Per gli obiettivi con indicatori numerici desumibili dalle procedure informatizzate aziendali la verifica viene fatta direttamente dal Controllo di Gestione; 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. Il Dipartimento Valutazione e Controllo, attraverso il Controllo di Gestione, organizza incontri periodici con i Direttori di riferimento per una analisi ed una valutazione congiunta dei risultati.

4. Reporting e valutazione

I reports sono prevalentemente trimestrali, 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 Articolazione.

Misurazione e Valutazione della Performance Individuale

La gestione del ciclo delle performance, quale strumento per migliorare l'attività di programmazione e di controllo e garantire una maggiore qualità dei servizi si sta consolidando in Azienda quale best practice anche e soprattutto alla luce della situazione generale di riduzione delle risorse disponibili, che impone una più attenta programmazione delle attività, una gestione più efficiente e una verifica sempre più puntuale dell'efficacia delle azioni avviate. Oltre all'ambito della misurazione e valutazione della performance organizzativa, particolare importanza viene attribuita al collegato processo di misurazione e valutazione della performance individuale ed ai connessi aspetti inerenti le competenze dimostrate ed i comportamenti organizzativi attuati per il raggiungimento degli obiettivi individuali/di gruppo e della struttura. Un sistema di valutazione delle prestazioni del personale, agganciato ad un sistema incentivante per i risultati raggiunti, in una logica di direzione per obiettivi, è diventato essenziale nel ciclo di programmazione, misurazione e controllo della performance dell'azienda. L'azienda ha ritenuto strategico definire un proprio modello in linea con il processo di definizione degli obiettivi organizzativi, ricompresi nel ciclo del budget, integrandolo attraverso la correlazione tra obiettivi strategici e obiettivi operativi, con il processo di definizione degli obiettivi individuali/di gruppo, proprio della valutazione del personale. E tutto ciò per tendere al miglioramento della qualità dei servizi e alla crescita delle competenze professionali dei dipendenti. Il sistema prevede contestualmente all'utilizzo dei risultati di budget, quale modalità di misurazione della performance organizzativa, la valutazione della performance individuale (dirigenza e comparto) da rilevarsi tramite scheda di valutazione, con l'obiettivo di sviluppare il ciclo della performance, di evidenziare gli apporti individuali al raggiungimento degli obiettivi complessivi e di introdurre un sistema per la crescita e lo sviluppo del personale, strumenti indispensabili in un contesto organizzativo complesso come quello in cui si trova ad operare l'Azienda sanitaria. Per approfondimenti si rimanda alla visione degli strumenti attualmente in uso all'azienda e che costituiscono il sistema aziendale di valutazione integrata del personale. Nell'allegato 2 vengono riportati i dati relativi agli incarichi previsti e assegnati al personale appartenente alle aree dirigenziali e di comparto

5. Collegamento con Trasparenza e Integrità

Il presente documento si integra con gli obiettivi e le azioni contenute nel "Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2015-2017" e nel "Programma Aziendale Trasparenza – Aggiornamento 2015" (approvati con Deliberazioni n. 31 e n. 32 del 30/01/15) e potrà essere oggetto di revisione qualora intervengano provvedimenti normativi successivi alla stabilizzazione dell'assetto governativo regionale.

6. Allegati

Allegato 1

Criteria di valutazione degli obiettivi di Budget

La valutazione degli obiettivi di Budget avviene attraverso la misurazione dei risultati ottenuti negli indicatori che li compongono e nella loro traduzione in punteggi. Come detto in precedenza, alcuni indicatori sono desumibili dall'analisi che si compie nelle diverse banche dati aziendali (principalmente sanitarie ed economiche) mentre altri vengono misurati a partire dalla realizzazione di fatti o atti organizzativamente rilevanti (produzione documentale, stati di avanzamento progetti, etc.); in entrambi i casi si tratta di misurazioni oggettive, in differenti unità di misura, traducibili in punteggi. Tipicamente una scheda di Budget è organizzata su 3 livelli gerarchici: in Ambiti, Aree e Obiettivi. Fatto 100 il peso complessivo di una Scheda di Budget, ogni Ambito ha assegnato un proprio peso che viene poi suddiviso nelle diverse Aree di cui è composto, fino a scendere a livello di Obiettivo che può essere composto da uno o più Indicatori, gli oggetti su cui si compie la misurazione delle performance. Per esempio, nei Dipartimenti di Cure Primarie un Ambito è costituito dall'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, che si divide in Aree tra cui la Prospettiva BSC Economico Finanziaria, che a sua volta è declinata nell'Obiettivo di Contenimento di Spesa per Alcune prestazioni specifiche, che è oggettivato negli Indicatori che misurano il Contenimento della Spesa attraverso la valorizzazione economica degli Indici di Consumo Standardizzati per specifiche prestazioni diagnostiche. La maggior parte degli Indicatori utilizzati per il monitoraggio viene misurata attraverso un confronto tra il Target assegnato e il Consuntivo realizzato per un dato periodo di riferimento. Le grandezze misurate possono essere di tipo economico (per esempio, costi), volumetrico (per esempio, prestazioni) e percentuale (per esempio, rapporti tra classi di farmaci); il criterio di calcolo utilizzato è il confronto, in percentuale, tra Target e Consuntivo. Altri indicatori, invece, misurano la realizzazione di un progetto in termini di completamento o stato di avanzamento dello stesso.

Alcuni esempi di calcolo del punteggio assegnato agli Obiettivi, attraverso la misurazione degli indicatori ad essi associati, rendono più chiaro il meccanismo. Concentrandosi sulla prima classe di Indicatori, quelli in cui si confronta aritmeticamente il Target e il Consuntivo, si evidenziano alcune tipologie che hanno una propria caratterizzazione a seconda delle grandezze in oggetto, del segno di miglioramento e della declinazione in punteggio dei risultati del calcolo.

1. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in crescita:** per questa tipologia di indicatori il calcolo viene fatto confrontando il valore Consuntivo con il valore obiettivo (Target) attraverso la formula: $\text{Consuntivo}/\text{Target} \times 100$. L'Indicatore esprime, percentualmente, il grado di raggiungimento dell'obiettivo; si noti che nel caso in cui si superi il l'obiettivo assegnato il valore dell'Indicatore trova il suo limite nel 100%. Il punteggio che si attribuisce è uguale al peso assegnato all'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. *Esempio 1:* Indicatore Tempi di attesa Indice di performance di bacino; Target $\geq 90\%$, Consuntivo 94%; Valore Indicatore = 100% (e non $94/90 = 104,4\%$!). Essendo il peso assegnato a questo specifico indicatore uguale a 2, il punteggio è uguale al 100% di 2, cioè 2 punti. *Esempio 2:* Indicatore Refertazione SOLE di esami di Radiologia. Target = 13.000, Consuntivo = 12.000, Valore Indicatore = $12.000/13.000 \times 100 = 92,3\%$. Il peso assegnato a questo Indicatore è = 1, quindi il punteggio è uguale al 92,3% di 1, ossia a 0,923.

2. **Indicatore generico percentuale/economico/volume in diminuzione:** questa tipologia di indicatori è assai simile a quella precedente. Anche in questo caso vengono confrontati Target e Consuntivo in percentuale; il Consuntivo deve essere uguale o inferiore al Target per ottenere il 100%. Nel caso in cui la diminuzione non sia stata raggiunta, ovvero nel caso in cui $\text{Consuntivo} - \text{Target} > 0$, la formula di calcolo è diversa rispetto a quanto visto per l'Indicatore al punto 1 e diventa: Valore indicatore in percentuale:

- se $\text{Consuntivo} > 2 * \text{Target} = 0$
- se $\text{Consuntivo} \leq 2 * \text{Target} = (1 - (\text{Consuntivo} - \text{Target}) / \text{Target}) * 100$.

Il punteggio attribuito è, anche in questo caso, uguale al peso dell'Indicatore moltiplicato per la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. Esempio 1: Indicatore Valore Antitrombotici erogati in CRA; Target=21,48, Consuntivo 34,12. Valore Indicatore = $(1 - (34,12 - 21,48) / 21,48) * 100 = 41\%$. Essendo il peso dell'Indicatore = 1, il punteggio generato è uguale al 41% del peso, cioè 0,41. Esempio 2: Indicatore Spesa Ossigenoterapia domiciliare: Target = 176.139,50, Consuntivo =170.851,59, Valore Indicatore=100%. Il peso di questo specifico indicatore è uguale a 3 quindi il punteggio ottenuto è il 100% di 3.

3. **Indicatore generico economico in base a fascia:** In questo caso, a differenza dei due precedenti, il coefficiente con cui moltiplicare il peso assegnato all'Indicatore è legato ad una fascia dipendente dalla percentuale "aritmetica" di raggiungimento dell'obiettivo. I criteri per il calcolo "aritmetico" $\text{Consuntivo} - \text{Target}$ in termini percentuali sono identici a quelli espressi ai punti 1) e 2) ma il risultato ottenuto è tradotto in una percentuale "effettiva" di raggiungimento dell'obiettivo attraverso una declinazione in base a fasce di valori. Se la percentuale "aritmetica" di raggiungimento dell'obiettivo che, si ripete, è calcolata con le formule viste ai due punti precedenti, è compresa tra lo 0% e il 69,99% il coefficiente di ponderazione è pari a 0, se è compresa tra 70% e 89,99% il coefficiente è pari a 0,5, se è compresa tra 90% e 97,99% il coefficiente è pari a 0,75, se è $\geq 98\%$ il coefficiente è pari a 1. Esempio: Indicatore Spesa Assistenza Protesica. Target = 535.155,00, Consuntivo = 613.417,00, percentuale aritmetica di raggiungimento = 85,37%, risultato che si colloca nella fascia che ha associato il coefficiente 0,5. Essendo il peso dell'indicatore = 3, il punteggio generato è pari a 1,5.

4. **Per percentuali in crescita con fasce:** del tutto simile all'indicatore di cui al punto 3, confronta percentuali e non valori economici, l'indicatore è tarato in base a fasce atte a rappresentare con maggiore sensibilità scostamenti troppo evidenti dall'obiettivo. Se risultato raggiunto è "aritmeticamente" tra lo 0% e il 74,99% il coefficiente di ponderazione è pari a 0, se è compreso tra 75% e 89,99% il coefficiente è pari a 0,5, se è compreso tra 90% e 97,99% il coefficiente è pari a 0,75, se è $\geq 98\%$ il coefficiente è pari a 1. Esempio: Indicatore principi a brevetto scaduto prescritti sul totale. Target=80%, Consuntivo = 77,8%, percentuale aritmetica di raggiungimento = 97,5% che si traduce, in termini di fasce di valori, nel 75% di raggiungimento "effettivo" dell'obiettivo. Il peso dell'obiettivo è pari a 5, il punteggio raggiunto è il 75% di 5, vale a dire 3,75.

5. **Indicatore generico volumi da contenere, con fascia** anche in questo caso, si tratta di volumi attesi in diminuzione, vengono in considerazione fasce di valori che traducono il valore "aritmetico" del confronto percentuale $\text{Consuntivo} - \text{Target}$ in coefficienti effettivi di ponderazione del punteggio massimo teorico associato all'Indicatore. I valori di fascia sono identici a quelli di cui al punto 4. Esempio: Indicatore Diminuzione delle DDD per 1000 assistiti per farmaci Antidepressivi. Target = 33,00, Consuntivo =37,93, Rapporto aritmetico $\text{Consuntivo} - \text{Target} = 85\%$, che si traduce, in base

alla fascia in cui ricade, nel coefficiente 0,5. Il punteggio ottenuto è uguale a $2,5$ (peso indicatore)* $0,5$ (coefficiente di raggiungimento)= $1,25$.

6. **Fascia specifica per valutazione indicatore percentuale errori ASA:** in questo specifico caso, l'errore ASA espresso in percentuale è già un indicatore in sé e si tramuta in un coefficiente a seconda delle fasce in cui si colloca. Quando l'errore ASA è compreso tra 0% a 1% il coefficiente è pari a 1, da >1% a <=3% è pari a 0,5, da >3% a <=4,5 è pari a 0,25, quando è >4,5 è pari a 0. *Esempio:* Indicatore Contenimento degli errori scartanti. Target = 1%, Consuntivo = 3,5%, che ricade nella fascia >3% e <=4,5. Il punteggio ottenuto è pari a 3 (peso dell'indicatore in oggetto)* $0,25$ (coefficiente della fascia di riferimento)= $0,75$.

Per quanto riguarda gli Indicatori che misurano la realizzazione o lo stato di avanzamento di un progetto il discorso è più semplice, per esempio:

7. **Indicatore annuale Stato Avanzamento Progetto:** l'indicatore dà semplicemente conto del grado di raggiungimento del progetto rispetto a quanto previsto, la traduzione in punteggio avviene in base a fasce predefinite. *Esempio:* l'Obiettivo del consolidamento di forme di erogazione alternative al cd. Service di fornitura di prodotti specifici ai pazienti della Nutrizione Artificiale, viene misurato attraverso l'indicatore "Nuove modalità di fornitura attivate"; se l'implementazione di tali forme di erogazione alternative al NAD si è dispiegata solo in maniera parziale, allora lo stato del progetto è "parzialmente completato" che mostra un coefficiente di raggiungimento pari al 70%. Essendo il punteggio associato all'Obiettivo pari a 2, il punteggio realizzato è $2 * 0,70 = 1,4$.

La somma dei punteggi dei singoli Obiettivi fornisce la performance complessiva della Scheda di Budget in un determinato periodo; come si è detto il peso complessivo associato a ciascuna scheda è pari a 100, che è quindi il punteggio limite massimo teorico raggiungibile. La scelta di misurare la performance in centesimi è stata compiuta per coniugare le ragioni di intelligibilità di lettura con quelle di una soddisfacente granularità della rappresentazione del punteggio complessivo.

Allegato 2

Incarichi previsti ed assegnati aree dirigenziali e comparto

INCARICHI PERSONALE AREE DIRIGENZIALI AL 31/12/2014			
TIPOLOGIA INCARICO	AREA CONTRATTUALE	Previsti	Assegnati
DIPARTIMENTI	DIPARTIMENTI SANITARI	20	15
	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI	3	2
	TOTALE INC. DIPARTIMENTO	23	17
STRUTTURE COMPLESSE	Area Medica e Veterinaria	49	29
	Area Dirigenza Sanitaria	5	3
	Area Dirigenza P.T.A.	14	9
	TOTALE INC. STR. COMPLESSA	68	41
STRUTTURE SEMPLICI INC. PROFESSIONALI ALTA SPEC.	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	118	84
	Aree Medico-Veterinaria e S.P.T.A	87	60
	ALTRI INCARICHI	350	350

INCARICHI PERSONALE AREA COMPARTO AL 31/12/2014					
Personale Dipendente Area Comparto		Posizioni Organizzative Previste	Posizioni Organizzative assegnate	Funzioni di Coordinamento Previste	Funzioni di Coordinamento Assegnate
Pers. Area Socio - Sanitaria	1366	50	44	128	114
Pers. Area Tecnico Amministrativa	729	52	42	0	0
Totale	2095	102	86	128	114