



## **Piano della Performance 2020-2022**

## Indice

<i>Presentazione del Piano</i> .....	3
<i>1. La presentazione dell'amministrazione</i> .....	4
1.1 <i>Missione</i> .....	4
1.2 <i>Le attività</i> .....	6
1.3 <i>L'organizzazione</i> .....	8
1.4 <i>Il personale</i> .....	10
1.5 <i>Le risorse economiche</i> .....	12
<i>2. La pianificazione triennale</i> .....	13
2.1 <i>Quadro di riferimento</i> .....	13
2.2 <i>Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici")</i> .....	16
<i>3. La programmazione annuale</i> .....	18
<i>4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale</i> .....	19
<i>5 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance</i> .....	19
<i>Allegato 1 –Piano degli obiettivi</i> .....	22

## *Presentazione del Piano*

Il piano della performance è un documento programmatico triennale che presenta ed illustra agli stakeholder dell'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i., gli obiettivi strategici ed operativi dell'ente, gli indicatori necessari alla loro misurazione nonché le risorse a disposizione per la loro realizzazione e compatibili con la programmazione di bilancio.

Trattasi di uno strumento di "trasparenza" dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso. La performance costituisce il profilo "dinamico" della trasparenza.

Richiamando le finalità del Piano della performance, esso ha lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità della rappresentazione della performance. Nello specifico esso deve esplicitare il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi.

Il Piano della performance deve necessariamente raccordarsi con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) essendo le misure previste da questo documento programmatico, parti integranti del Piano della performance e, soprattutto, degli obiettivi strategici aziendali.

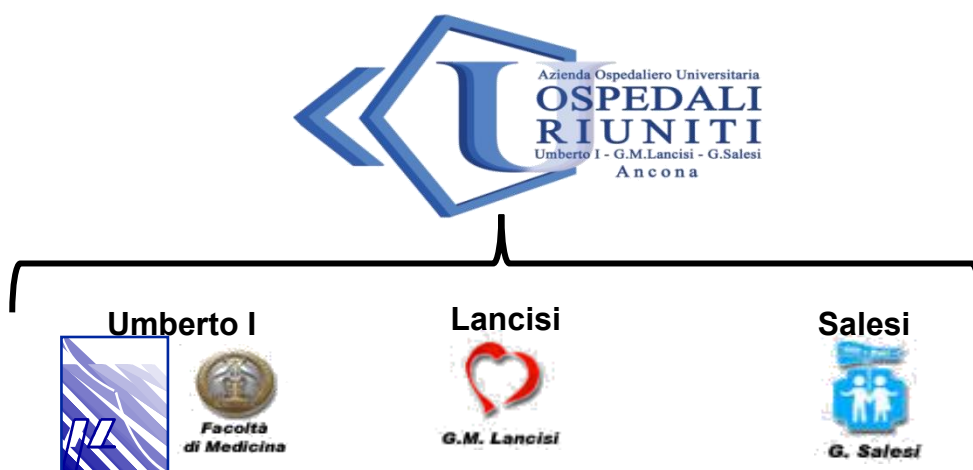
Ai sensi delle linee guida per il Piano della performance emanate dal Dipartimento della funzione pubblica nel giugno 2017, esso si articola in quattro sezioni: La presentazione dell'amministrazione; la pianificazione triennale; la programmazione annuale; dalla performance organizzativa alla performance individuale.

Merita evidenziare che, come primo recepimento delle linee guida del Dipartimento Funzione Pubblica n.4 avente ad oggetto la valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche e della circolare n.0080611-P del 30/12/2019 del medesimo Dipartimento relativa agli indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche – ciclo della performance 2020-2022, il presente Piano 2020-2022 contiene obiettivi di performance organizzativa in tali ambiti.

## 1. La presentazione dell'amministrazione

### 1.1 Missione

L'Azienda "Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi", nasce il 1 gennaio 2004 dalla fusione per incorporazione delle tre ex Aziende Ospedaliere Umberto I, azienda mista su cui insisteva il triennio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ancona, G.M. Lancisi ad orientamento cardiologico e G.Salesi ad orientamento pediatrico. Oggi le tre ex Aziende sono perfettamente integrate in una unica Azienda con personalità giuridica, istituita ai sensi del D.Lgs. n. 517/99. Nel prosieguo del documento, per semplicità espositiva, l'Azienda viene denominata A.O.U.OO.RR.



L'Azienda ha sede legale in via Conca n. 71 a Torrette di Ancona, ma si articola su due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario – Presidio Umberto I - e quello monospécialistico cardiologico – Presidio Lancisi – la seconda sede, collocata nel centro di Ancona, accoglie l'ospedale monospécialistico pediatrico – Presidio Salesi.

Essa è Azienda ospedaliera integrata con l'Università Politecnica delle Marche di Ancona, per cui interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo anconetano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

All'interno della sede di Torrette di Ancona, è collocata la Direzione del Dipartimento Regionale Interaziendale di Medicina TrASFusionale (DIRMT), istituito con Legge Regionale n.13/2003 (art. 25). La Deliberazione n. 1731 del 29/11/2010 (e la precedente DGR Marche n. 873/2008) regola il Dipartimento e lo caratterizza come strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo di tutte le attività trasfusionali; demandando le funzioni propriamente amministrative all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I – GM Lancisi – G Salesi".

La **missione** dell'AOUOORR è: rispondere alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.

L'obiettivo fondamentale dell'A.O.U.OO.RR. è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute (intesa come mantenimento della salute fisica, psichica e sociale) in un processo che includa in modo inscindibile la didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e la ricerca (intesa come continuo progresso

delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche). Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

Presidio ospedaliero di secondo livello e dotato, quindi, di un Dipartimento di Emergenza di secondo livello, eroga assistenza in fase acuta nelle discipline di particolare complessità assistenziale e che necessitano di una multidisciplinarietà.

Rimane territorio di riferimento per il Comune di Ancona anche per le specialità di bassa e media complessità su cui si formano gli specialisti della Facoltà di Medicina e Chirurgia della città.

L'A.O.U.OO.RR. individua, alla luce dei suesposti principi, quali elementi costitutivi della propria missione istituzionale:

- improntare la propria attività al principio della centralità della persona in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali;
- improntare i processi alla cultura della prevenzione e della tutela della salute;
- valorizzare l'appropriatezza delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare criteri etici nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività;
- perseguire l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata partecipazione;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- favorire l'azione del Volontariato e dell'Associazionismo presenti nell'Azienda costituendo questi, per la stessa, opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo, collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di ricerca di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'innovazione;
- garantire l'attività didattica di tutti i corsi di studio istituiti presso la facoltà di Medicina e Chirurgia;
- dare risposta appropriata nel percorso assistenziale al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- accrescere costantemente la qualità professionale dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo;
- promuovere tutti i possibili processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività e di quella che, comunque, si svolge nel proprio ambito;

- attribuire un ruolo, nella programmazione aziendale, al metodo del confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

## 1.2 Le attività

L'AOUR, in quanto espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale e Università), assume un modello organizzativo dinamico ed equilibrato tra le due componenti, nel quale la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

L'AOUR organizza tutti i servizi che eroga in modo da garantire ai cittadini, compatibilmente con le risorse disponibili, la fruizione di percorsi appropriati e tempestivi, in corrispondenza con i bisogni accertati, conformando la propria organizzazione al raggiungimento di tale obiettivo primario, così da assicurare a tutti coloro che ne hanno diritto, in condizioni di equità i livelli uniformi di assistenza previsti negli atti di programmazione, nel rispetto dei fondamentali principi di imparzialità, di continuità dell'assistenza, di diritto di scelta e di partecipazione, nonché delle esigenze della didattica e della innovazione (ricerca).

L'Azienda opera all'interno della rete regionale per patologia come HUB e si rapporta con i presidi ospedalieri spoke per garantire continuità assistenziale e qualità delle cure, adottando al proprio interno la filosofia dei percorsi diagnostici terapeutici definiti sulla base della Evidence Based Medicine.

L'AOUR eroga prestazioni e servizi nell'area dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario e diurno), ambulatoriale, in area medica, chirurgica, emergenza. Essa è sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello, garantendo tutta l'assistenza in fase acuta della patologia.

Nel presente paragrafo sono presentati i principali "numeri" aziendali di attività quali utili informazioni per descrivere la specifica realtà di cui si tratta e il punto di partenza dell'organizzazione.

L'AOUOORR eroga circa 48.000 ricoveri complessivi di cui 71% in regime ordinario e 29% diurno.

DATI DI RICOVERO				
		2020*	2019*	2018
Dimessi	Ordinari	34.000	33.833	34.708
	Day Hospital	13.800	13.820	13.318
	<b>Totali</b>	<b>47.800</b>	<b>47.653</b>	<b>48.026</b>
Giornate di degenza	Ordinari	270.000	267.281	276.540
	Day Hospital	34.000	34.025	35.498
	<b>Totali</b>	<b>304.000</b>	<b>301.306</b>	<b>312.038</b>

\* Dati provvisori

Per meglio comprendere la distribuzione dell'attività di ricovero per patologia e/o organo interessato, la tabella che segue evidenzia la casistica aziendale 2019 dei ricoveri (ordinari e diurni) per Major Diagnostic Category.

MDC	DESCRIZIONE	2020*	2019*	2018
2080	MDC non definita	700	697	675
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	4.000	4.002	4.199
2	Malattie e disturbi dell'occhio	800	800	712
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	2.580	2.581	2.697
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	3.000	3.002	2.949
5	Malattie e disturbi del sistema cardiocircolatorio	6.250	6.251	6.295
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.900	2.893	2.886
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.120	2.112	2.022
8	Malattie e disturbi dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.170	4.169	3.827
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.530	2.515	2.604
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1.420	1.412	1.407
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.530	2.526	2.446
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1000	969	887
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.280	1.279	1.304
14	Gravidanza, parto e puerperio	2.770	2.767	3.021
15	Malattie e disturbi del periodo perinatale	2.130	2.118	2.154
16	Malattie e disturbi del sangue degli organi ematopoietici e del sistema Immunitari	510	503	542
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	3.480	3.480	3.926
18	Malattie infettive e parassitarie	860	858	750
19	Malattie e disturbi mentali	700	687	708
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	20	18	13
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	660	655	685
22	Ustioni	30	32	41
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.100	1.092	1.103
24	Traumatismi multipli	200	187	118
25	Infezioni da HIV	60	48	55
	<b>TOTALE</b>	<b>47.800</b>	<b>47.653</b>	<b>48.026</b>

\* Dati provvisori

Il setting assistenziale, in termini di rapporto tra ricovero ordinario e diurno, vede la percentuale di day hospital sul totale della produzione attestarsi al 29%.

	2020*	2019*	2018
Percentuale di ricoveri diurni sul totale ricoveri	29,00%	29%	27,73%

Il peso medio aziendale sia per ricoveri in regime ordinario che per quelli in regime diurno si consolida su un valore particolarmente alto di 1,35 complessivo.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2020*	2019*	2018	2020*	2019*	2018	2020*	2019*	2018
Peso medio del ricovero	1,5	1,48	1,46	0,92	0,91	0,90	1,38	1,35	1,30

\* Dati provvisori

Si conferma la vocazione chirurgica dell'azienda con una percentuale dell'attività chirurgica sul totale dei ricoveri ordinari pari al 48% ed in day surgery al 34%. Nei tre blocchi operatori si prevedono complessivamente 23.000 interventi, di cui il 68% a pazienti ricoverati in regime ordinario, 15% a pazienti ricoverati in regime diurno, 17% a pazienti trattati in regime ambulatoriale.

	Ricoveri Ordinari			Ricoveri Diurni			Totale		
	2020*	2019*	2018	2020*	2019*	2018	2020*	2019*	2018
% di DRG chirurgici	48%	47,85%	48,16%	34%	33,83%	35,27%	45%	44,59%	43,78%

\* Dati provvisori

L'AOUOORR eroga annualmente circa 3,8 ML di prestazioni ambulatoriali per pazienti c.d. interni (ricoverati) e circa 2 ML di prestazioni per pazienti c.d. esterni (regime ambulatoriale).

L'89% dell'attività per interni è attività di laboratorio, il 4% attività diagnostica e l'7% attività clinica, mentre il riparto per branca delle prestazioni per esterni evidenzia il 55% per attività di laboratorio, 4% attività diagnostica per immagini e strumentali, 41% di attività clinica.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
	2020*	2019*	2018
Per esterni	2.000.000	1.964.444	2.066.945
Per interni	3.800.000	3.765.721	3.629.893

\* Dati provvisori

Essendo una struttura ospedaliera sede di Dipartimento di Emergenza di secondo livello, l'AOUOORR qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza/urgenza. Presso le tre strutture di pronto soccorso (adulto, pediatrico e ostetrico-ginecologico) si registrano circa 91.750 accessi annui di cui 12% codice bianco, 64% per codice verde, 22% codice giallo e 2% codice rosso.

ACCESSI PER PRIORITA'			
	2020*	2019*	2018
Rosso: Emergenza	2.100	2.111	1.889
Giallo: Urgenza	20.050	20.049	20.809
Verde: Minor Urgenza	58.400	58.410	55.607
Bianco: Non urgente	11.200	11.170	11.021
<b>Accessi totali</b>	<b>91.750</b>	<b>91.740</b>	<b>89.326</b>

\* Dati provvisori

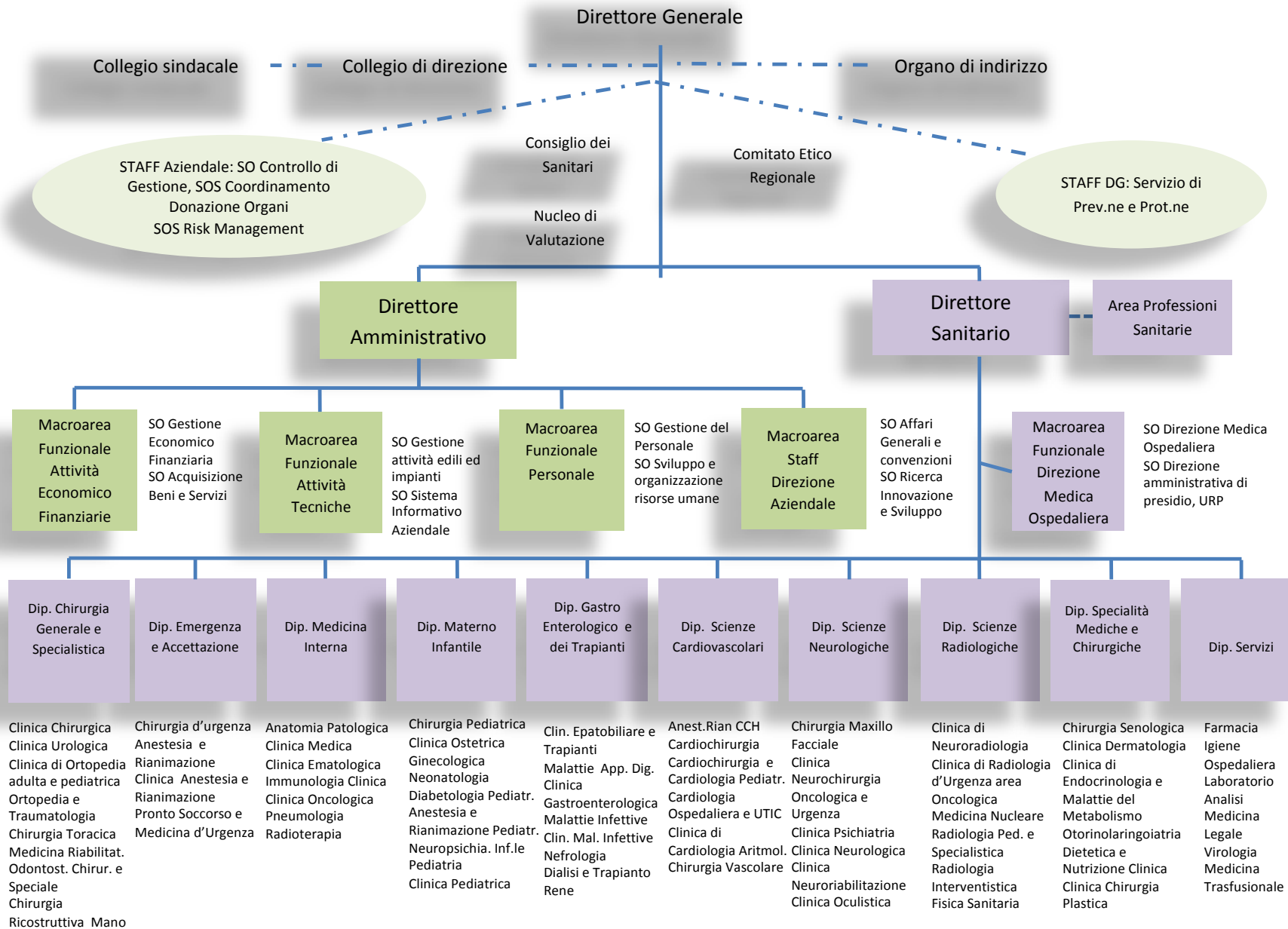
L'attività di ricovero dell'AOUOORR, medica e chirurgica, risulta erogata solo per un 53% in regime programmato, mentre per il restante 47% in regime di emergenza/urgenza.

### 1.3 L'organizzazione

L'analisi del contesto interno prende avvio dalla descrizione della organizzazione aziendale. Essa è fondata su criteri di multidisciplinarietà, mira al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche e risponde ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca.

L'A.O.U.OO.RR. adotta il modello dipartimentale, quale riferimento organizzativo per le sue attività. L'assetto dipartimentale in precedenza definito dall'Atto Aziendale adottato nel marzo 2005 (Determina n.127/DG del 10/03/05), è stato più volte rivisto nel corso dell'ultimo decennio per adattarsi alle nuove esigenze organizzative intervenute nel tempo. Al 1 gennaio 2020, l'Azienda si articola in 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati. Sono poi in essere n. 5 macro aree funzionali e gestionali secondo l'organigramma che segue:





## 1.4 Il personale

La tabella che segue illustra il personale dipendente del SSN previsto al 31.12.2019 suddiviso per ruolo a confronto con quanto risultante al 31.12.2018.

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2019	Personale al 31/12/2018	Variazione 2019/2018
<b>RUOLO SANITARIO</b>	<b>2.753</b>	<b>2.784</b>	<b>-31</b>
Dirigenza	703	709	-6
- Medico – veterinaria	639	645	-6
- Sanitaria	64	64	0
Comparto	<b>2.050</b>	2.075	-25
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
Dirigenza	5	5	0
Comparto	-	-	-
<b>RUOLO TECNICO</b>	<b>572</b>	<b>565</b>	<b>7</b>
Dirigenza	3	2	1
Comparto	569	563	6
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>259</b>	<b>258</b>	<b>1</b>
Dirigenza	9	9	0
Comparto	250	249	1
<b>TOTALE</b>	<b>3.589</b>	<b>3.612</b>	<b>-23</b>

10

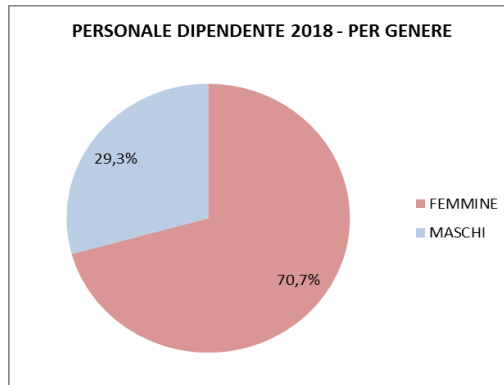
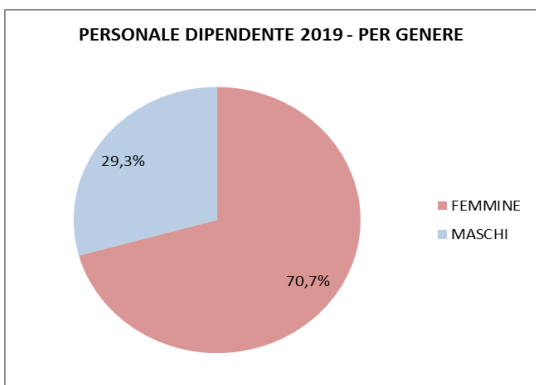
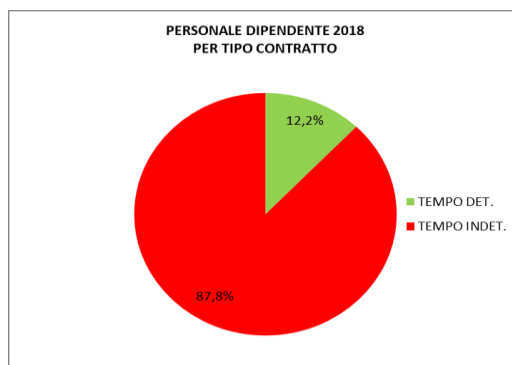
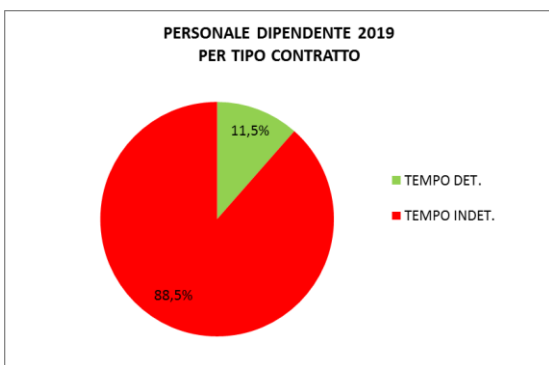
Al personale dipendente si aggiunge il personale universitario che presta attività assistenziale inscindibilmente integrata con la ricerca e la didattica.

Tipologia	ANNO 2019			ANNO 2018		
	Universitario	Ospedaliero	Totale	Universitario	Ospedaliero	Totale
Medici	82	639	721	89	645	734
Dirigenti sanitari non medici	9	64	73	9	64	73
Dirigenza Professionale		5	5	0	5	5
Dirigenti tecnici		3	3	0	2	2
Dirigenti amministrativi		9	9	0	9	9
<b>Totale personale dirigente</b>	<b>91</b>	<b>720</b>	<b>811</b>	<b>98</b>	<b>725</b>	<b>823</b>
Personale sanitario (comparto)	23	2.050	2.073	22	2.075	2.097
Personale tecnico (comparto)		569	569	0	563	563
Personale amministrativo (comparto)		250	250	0	249	249
Personale professionale (comparto)	-	-	0	-	-	-
<b>totale personale comparto</b>	<b>23</b>	<b>2.869</b>	<b>2.892</b>	<b>22</b>	<b>2.887</b>	<b>2.909</b>
<b>Totale personale</b>	<b>114</b>	<b>3.589</b>	<b>3.703</b>	<b>120</b>	<b>3.612</b>	<b>3.732</b>

Lo sviluppo del piano occupazionale 2020 dovrà tenere conto:

- del rispetto del vincolo di cui all'art. 2, commi 71 e 72, della Legge 191/2009 previsto dalla DGR Marche n.82/2019 che per questa Azienda definisce il tetto del personale in € 156.700.000;
- del rispetto dei vincoli normativi in materia di rapporti di lavoro flessibili di cui al D.L. n.78/2010, convertito il L. n.122/2010, ai sensi della Legge Regionale 33/2014;
- della Dotazione Organica del personale ospedaliero dell'Azienda approvata con il medesimo atto;
- rispetto dei vincoli di cui al D.L. 78/2010 convertito in legge 122/2010, in relazione alla spesa per Missioni, Formazione e Studi ed incarichi di consulenze così come previste dalla DGR Marche n.97/2014;
- della realizzazione parziale del piano occupazionale 2019 di cui alla determina n.939/DG/2019 rispetto al fabbisogno espresso in tale anno.

Le figure che seguono illustrano l'articolazione del personale dipendente del SSN per tipo di contratto e genere del biennio 2019-2018.



### 1.5 Le risorse economiche

Per quanto riguarda le risorse economiche a disposizione dell'AOUOORR, con delibera n. 1099/DG del 27/12/2019 e in coerenza con le DD.GG.RR. Marche nn. 1658/2019 e 1674/2019 sono state individuate le risorse per il triennio 2019-2020.

In particolare, si è preso atto:

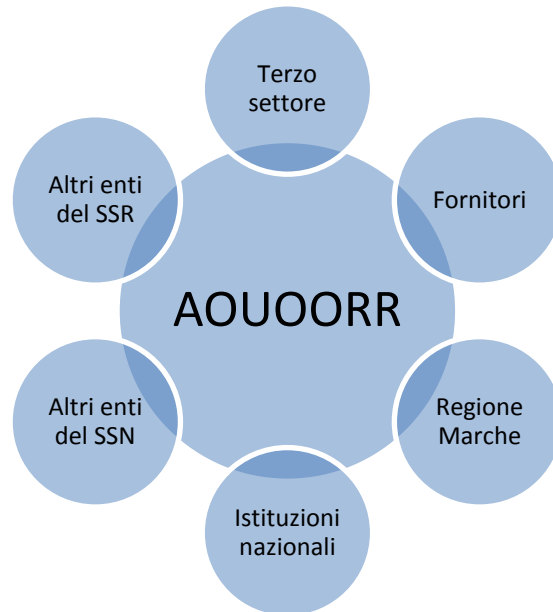
- della gestione provvisoria per l'anno 2020 autorizzata dalla Regione Marche con la citata DGR n. 1674/2019, per l'importo complessivo di risorse disponibili per l'ente di € 401.315.603;
- assegnazione di risorse del Fondo Sanitario Regionale Indistinto da destinare alla copertura degli investimenti, come da D. Lgs. n. 118 del 23.06.2011 e s.m.i. per un importo di € 4.000.000;
- tra i ricavi incide, il mantenimento di un livello delle entrate proprie pari a € 23.776.000 come indicato in allegato A alla DGR Marche n.1674/2019;
- Nessuna previsione di poste straordinarie.

Si ritiene di poter formulare per il 2021 e 2022 la medesima previsione, prudenziale, delle risorse disponibili per il 2020.

## 2. La pianificazione triennale

### 2.1 Quadro di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'AOUOORR. In particolare, in questa sezione del piano saranno evidenziati i principali interlocutori dell'Azienda in grado di incidere sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati. Gli atti di seguito evidenziati costituiscono la cornice di riferimento delle azioni dell'AOUOORR che possono essere interpretati in taluni casi come vincoli, in tali altri come opportunità.



#### Il livello nazionale

Le principali istituzioni nazionali che con il loro operato incidono sulla attività dell'AOUOORR sono rappresentate dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'economia e delle finanze, dalla Corte dei conti, dalla Conferenza Stato- Regioni, dalle altre Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica.

La Conferenza Stato-Regioni opera nell'ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e delle Province Autonome, costituendo la sede privilegiata della negoziazione politica tra l'amministrazione centrale e il sistema delle autonomie regionali.

La Corte dei conti è l'organo di rilievo costituzionale con funzioni sia di controllo sia giurisdizionali.

Numerosi sono stati gli interventi del governo e del parlamento negli ultimi anni finalizzati soprattutto alla revisione della spesa pubblica.

La legge n. 135 del 7 agosto 2012 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cosiddetta "spending review", al fine del contenimento dei costi del SSN, ha

stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio". Tale intervento normativo si è inserito nel percorso di programmazione sanitaria di tutte le regioni, comportando l'aggiustamento in corso d'opera degli standard che le regioni si erano assegnate in relazione a quanto stabilito dal patto salute 2010-2012. L'intervento c.d. di spending review ha inciso, oltre che sulla dotazione di PL delle aziende sanitarie, anche su quella di strutture complesse e semplici e relativi incarichi di direzione, con la conseguente necessità di rivedere anche tale impostazione aziendale.

In ottemperanza a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 291, della legge 23 dicembre 2005, n.266 e in base a quanto previsto dall'art.11 del Patto per la salute 2010-2012, con DM Salute 17/09/2012 è stato implementato il percorso di certificabilità dei bilanci poi approfondito con il DM 01/03/2013 "Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità che ne ha definito i requisiti comuni e il termine massimo entro il quale i percorsi devono essere completati. Per certificabilità dei bilanci si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli enti nella condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle verifiche e alle revisioni contabili.

Di fondamentale rilevanza per l'organizzazione del SSN e per le sue ripercussioni sui diversi servizi sanitari regionali è quanto previsto dal DM n.70/2015 in merito agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e all'assistenza ospedaliera. Gli standard sono finalizzati a garantire la qualità dell'assistenza e la sua efficacia in relazione a volumi minimi di prestazioni utili a garantire l'esito delle cure.

Di particolare importanza per gli Enti del SSN è il nuovo Sistema di Garanzie (NSG). Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000. Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e sarà operativo a partire dal 1 gennaio 2020.

Parola chiave, trasparenza. Il D.Lgs n. 33/2013 riscrive in toto il percorso già avviato con il D.Lgs. n. 150/2009 individuando in modo puntuale gli obblighi informativi a carico delle PA nei confronti dei cittadini in una logica di "accessibilità totale" alle informazioni ritenute rilevanti dal sistema pubblico. In tale contesto si inseriscono sia gli adempimenti connessi con il presente piano, ma più in generale quelli connessi al programma triennale della trasparenza e al più ampio processo di informatizzazione della PA di cui al D.Lgs. n.82/2005 e ss.mm.ii. Peraltro, le modifiche e le integrazioni al D.Lgs n.33/2013 operate dal D.Lgs n.97/2016 introducono l'obbligo per le PA di regolamentazione in materia di accesso civico nelle sue diverse "forme".

Altra parola chiave è anticorruzione. Dall'entrata in vigore della L. n.190/2012 e con le sue successive modifiche ed integrazioni, l'azienda ha intrapreso il percorso previsto dalla norma in linea con le indicazioni provenienti dall'ANAC. In particolare, la determinazione n.12 del 28/10/2015 ha ribadito e aggiornato i contenuti imprescindibili del Piano di prevenzione della corruzione aziendale sottolineando il necessario raccordo con il Piano della performance e, dunque, della coerenza degli obiettivi strategici aziendali con quelli previsti dalla norma in tema di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

L'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 ha aperto la stagione degli interventi regionali sul tema dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che rappresenta la più diffusa modalità di accesso del cittadino al Servizio Sanitario Nazionale. Il principale obiettivo è garantire ai cittadini che richiedono per la prima volta l'accesso a i servizi ai fini di una diagnosi tempestiva un percorso adeguato, appropriato e rispettose delle priorità assistenziali dei potenziali pazienti.

### Il livello regionale

In applicazione del PSSR 2012-2014, ma in coerenza con i nuovi standard definiti al livello nazionale sull'offerta sanitaria, di cui al DL.95/2012, la Regione Marche ha adottato la DGR n.1696/2012, che, al capitolo "Assistenza ospedaliera", oltre alla riduzione di ulteriori 310 posti letto, rispetto al Piano Sanitario, necessaria per raggiungere il tasso di 3,7‰ abitanti, stabilisce gli interventi sulla rete ospedaliera per raggiungere l'obiettivo di "Riduzione della frammentazione ospedaliera" grazie anche alla "Riconversione di almeno una struttura per Area Vasta, escluso l'AV5, in attività di supporto territoriale/residenziale extraospedaliero". Successivamente, con la delibera della Giunta Regione Marche n. 735 del 20/5/2013 avente ad oggetto "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012" e poi ancora n.908/2015, n.2/2018 e n.639/2018 è stata definita la dotazione di posti letto per area vasta e azienda.

La Delibera della Giunta Regione Marche n. 1345 del 30 settembre 2013 "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" prevede la riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale attraverso la definizione delle reti cliniche. Essa rappresenta l'asse portante della riorganizzazione prevista dal PSSR 2012-2014, avente carattere più organizzativo che strutturale (come quello della riduzione dei PL). È evidente che all'AOUOORR in quanto unica struttura assistenziali di secondo livello della Regione Marche spetta assumere il ruolo di Hub in tutte le discipline di alta complessità, garantendo poi uno stretto raccordo con le strutture HUB sia in fase di ricezione del paziente, ma soprattutto in fase di dimissione ad altro istituto una volta superata la fase acuta della patologia.

Di rilevante ripercussione interna è la DGR Marche n. 551/2013 avente ad oggetto "Articolo 12, lettera b) Patto per la salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del servizio sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della giunta regionale n.1696/2012".

Con delibera di Giunta regionale n.1219 del 27/10/2014 sono state apportate alcune modifiche sia alla DGR n.1345/2013 sia alla DGR n.551/2013 sopra richiamate al fine di rimodellare i valori sulla base della prima applicazione nel corso del 2014.

Con DGR Marche n. 462/2019 è stato recepito il Piano Regionale per il Governo delle liste di attesa (PRLGA) 2019-2021 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche. La delibera stabilisce gli strumenti per dare attuazione agli impegni nazionali in tema di tempi di attesa per classe di priorità.

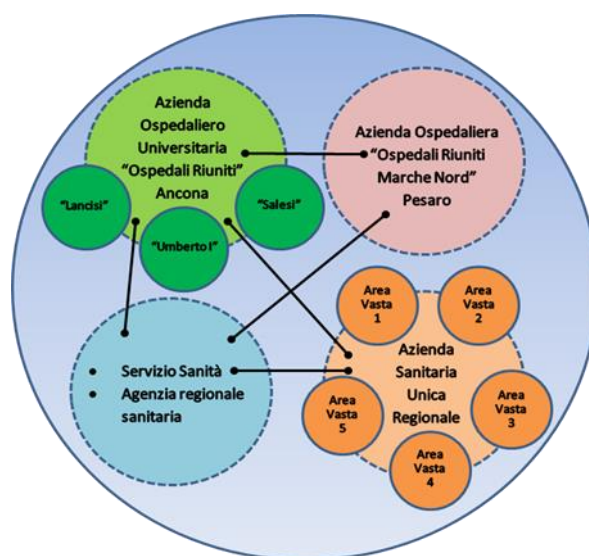
In adempimento e coerenza con il DM 70/2015 sopra richiamato, la Regione Marche ha emanato atti di riordino dell'attività sanitaria e ricognitivi del rispetto degli standard tra cui la DGR n.159/2016 e la DGR Marche 1554/2018.

Sul tema del personale, della sua gestione e soprattutto dei suoi vincoli economici, la Regione è intervenuta con DGR n.770/2018 al fine di fornire agli Enti del SSR le linee di indirizzo in applicazione dell'art.20 Dlgs. n.75/2017 per il superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni e con DGR n.82/2019 quale direttiva vincolante in materia di spesa del personale, definendo, dunque, per l'AOU di Ancona il limite di € 156,7 ML.

Infine, sul tema del rispetto dei vincoli economici previsti dalla programmazione di bilancio regionale, con DGR Marche n.1674/2019 sono state definite le risorse assegnate agli Enti in via provvisoria per la gestione e per gli investimenti 2020.

### Le altre Aziende del SSR

Il Sistema Sanitario Marchigiano è organizzato in 4 enti ospedalieri pubblici di cui 1 Azienda Sanitaria Locale, 1 Azienda Ospedaliero Universitaria, 1 Azienda Ospedaliera, 1 IRCCS.



Nel sistema sanitario regionale, continue e profonde sono le interrelazioni tra l'AOUOORR e le altre Aziende del SSR, ASUR, INRCA e AO Ospedali Riuniti Marche Nord. Basti pensare che il riordino delle reti cliniche coinvolge trasversalmente per ciascuna disciplina tutte le 4 aziende, individuando punti "Hub" e punti "spoke" in funzione delle specifiche mission degli enti.

È evidente che la capacità di raggiungere gli obiettivi strategici dell'AOU dipenderà dalla capacità di raggiungere gli obiettivi strategici propri anche delle altre aziende e, soprattutto, di integrarsi e correlarsi per il raggiungimento dell'equilibrio complessivo regionale costi/qualità.

L'analisi del contesto interno evidenzia le risorse organizzative, strumentali, umane ed economiche a disposizione dell'AOUOORR per il raggiungimento degli obiettivi strategici perseguiti nel triennio di riferimento. Esse costituiscono i presupposti/vincoli per le strategie ed i programmi del periodo di riferimento.

In merito alle risorse strumentali all'attività sanitaria si evidenziano in questa parte il parco biomedicale ed i posti letto.

Il parco tecnologico dell'Azienda Ospedali Riuniti nell'anno 2019 è costituito da n.11.723 apparecchiature censite, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 120.355.144.

Nella valorizzazione del parco tecnologico sono comprese tutte le apparecchiature acquisite in proprietà, con contratti di comodato d'uso, leasing, service, noleggio ed, infine, quelle di proprietà dell'Università Politecnica delle Marche impiegate ai fini assistenziali.



	Proprietà	Service e Comodato	Noleggio e Prova	Università
Patrimonio biomedicale	8.266	2.592	129	736

La complessità della tecnologia in uso può essere descritta sinteticamente nella distinzione in grado tecnologico alto, medio e basso:

	Alto		Medio		Basso	
	Numero app.	Valore	Numero app.	Valore	Numero app.	Valore
Complessità della tecnologia	827	€1.055.710	8.735	€64.479.407	2.161	€4.820.027

	Inferiore a 5 anni	Fra 5 e 10 anni	Superiore ai 10 anni
Grado di obsolescenza del parco biomedicale	29,6%	19,3%	51,1%

Il 29,6% di tutte le apparecchiature ha meno di cinque anni a fronte di un 51,1% che ne ha più di dieci. Si comincia a rilevare un sostanziale miglioramento in merito all'obsolescenza delle apparecchiature superiore a 10 anni a seguito del rinnovo del parco tecnologico avviato a partire dal 2016.

Attualmente i posti letto direttamente gestiti dall'AOUOORR sono complessivamente pari a 934 unità di cui 849 in degenza ordinaria, 80 di day hospital e 5 di day surgery. Si precisa che il totale dei posti letto è comprensivo di 20 culle. Dei 934 posti letto (914 + 20 culle), 921 sono classificati per acuti e 13 per riabilitazione. Non risultano ancora attivati i 16 PL di riabilitazione/lungodegenza assegnati a questa Azienda con DGR Marche n.735/2013.

## 2.2 Gli obiettivi dell'amministrazione ("specifici")

Gli obiettivi strategici aziendali (obiettivi specifici dell'amministrazione), definiti in coerenza con la triplice missione dell'AOUOORR dell'assistenza, ricerca e didattica, discendono da quanto definito dalla Regione Marche nella pianificazione e programmazione sanitaria ed economica pluriennale per gli enti del Servizio Sanitario Regionale. Premesso che l'Azienda si è dotata di un Piano Strategico Aziendale per il triennio 2017-2019 e che tale documento, pur non obbligatorio, ha voluto rappresentare uno strumento di definizione e diffusione degli intenti strategici verso l'intero universo degli stakeholder, gli obiettivi specifici dell'amministrazione oggetto del presente Piano sono stati definiti in coerenza con tali intenti: aprirsi, progettare, cambiare e condividere.

Alla luce delle considerazioni fatte sin qui, gli obiettivi strategici per il triennio 2020-2021 dell'AOUOORR possono essere così sintetizzati:

1. Comunicazione, condivisione, trasparenza;
2. Economicità e sostenibilità;
3. Lean thinking;
4. Ricerca;
5. Rilancio del ruolo nazionale, regionale e locale;
6. Sviluppo delle risorse interne;

Ciascun obiettivo strategico trova traduzione in obiettivi di performance organizzativa. Questi ultimi sono stati ricondotti agli ambiti della performance organizzativa di cui all'art.8 del D.Lgs n.150/2009 e s.m.i.:

- a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività;
- b) Attuazione di piani e programmi;
- c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi;
- d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi;
- f) Efficienza nell'impiego delle risorse;
- g) Qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Inoltre, per ciascun obiettivo strategico e di performance organizzativa è stato definito il risultato atteso ed il relativo indicatore di misurazione per ciascun anno di validità del Piano. Gli indicatori utilizzati sono riconducibili alle quattro categorie di: efficacia, efficienza, stato delle risorse e impatto.

I valori target costituiscono, in questa sede, valori obiettivo aziendali che, in occasione della definizione del budget di centro di responsabilità, ovvero della programmazione annuale, saranno declinati sulla base della specifica situazione di partenza di ciascuna struttura e del punto di arrivo potenzialmente ottenibile. Tali valori target per la maggior parte degli indicatori selezionati sono definiti da programmi nazionali di benchmark di settore (Programma Nazionale Esiti, Laboratorio di Management S. Anna di Pisa, Ministero della Salute – griglia LEA e NSG).

In allegato 1 è riportato il quadro complessivo della pianificazione triennale aziendale.

### *3. La programmazione annuale*

Annualmente, l'azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e individuali dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance.

L'A.O.U.OO.RR., sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale, per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici per il primo anno di riferimento del Piano (attraverso il percorso di budget), l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la negoziazione degli obiettivi organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni

articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati.

Il Direttore Generale, coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli obiettivi di budget ad ogni dipartimento attivando specifici percorsi di negoziazione.

Ogni Direttore di Dipartimento, incontra i responsabili di struttura organizzativa al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccoglie eventuali proposte/modifiche degli obiettivi. In modo analogo, il Coordinatore di Dipartimento avvia il percorso di negoziazione interno con i propri coordinatori di struttura.

Per monitorare periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. Il controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

#### *4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale*

Costituisce principio generale dell'organizzazione dell'AOU la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. L'azienda, in coerenza con il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance, individua, per ciascun dipendente il contributo fornito al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, sia per il personale dirigente che per il personale dell'area del comparto.

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale. Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

In allegato al presente piano, per ciascun obiettivo di performance organizzativa, sono individuati quelli che saranno oggetto di valutazione della performance individuale, rispettivamente della dirigenza sanitaria e della dirigenza dell'area PTA.

Ciò fermo restando che la performance individuale è connessa per una quota al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa ("risultati") e per una quota all'area dei "comportamenti" come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance.

#### *5 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano della performance*

Il percorso seguito per la redazione del piano ha visto una prima tappa nella presa di consapevolezza ed analisi degli interventi normativi e programmatori nazionale e regionali per la Sanità per il triennio di riferimento del Piano.

Valutato il contesto di riferimento esterno, avendo noti i punti di forza e di debolezza interni, sono state definite le linee di indirizzo strategiche per l'Azienda sia dal punto di vista sanitario che economico-finanziario.

Una volta definito il Piano entro il 31 gennaio del primo anno di vigenza dello stesso, esso viene annualmente aggiornato per scorrimento per tenere conto dell'evoluzione del contesto nazionale e regionale in materia. Esso può essere anche aggiornato in corso d'anno qualora modifiche significative intervengano nel contesto di riferimento dell'AOUOORR, tali da richiedere una rimodulazione degli obiettivi e dei mezzi necessari per il loro raggiungimento, in un'ottica di miglioramento continuo del ciclo di gestione delle performance.

La tabella che segue illustra le tappe fondamentali di redazione e valutazione del Piano della performance per gli anni  $n_1$ ,  $n_2$ ,  $n_3$  anche in correlazione con gli strumenti del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
Dicembre $n_1$	Analisi del contesto di riferimento esterno ed interno utile alla definizione degli obiettivi strategici per il triennio successivo	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione
Dicembre $n_1$	Assegnazione in via provvisoria da parte della Regione Marche delle risorse a disposizione dell'Azienda per la gestione dell'anno	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione e gestori di spesa
Gennaio anno $n_1$	Deliberazione Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza del triennio $n_1$ , $n_2$ , $n_3$	Direzione aziendale e Responsabile anticorruzione e trasparenza
Gennaio anno $n_1$	Deliberazione del Piano della performance del triennio $n_1$ , $n_2$ , $n_3$	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione
Primo trimestre $n_1$	Definizione del budget aziendale annuale e per cdr per il primo anno di riferimento di vigenza del Piano, andando alla definizione dei sub-obiettivi operativi che discendono da quelli strategici	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.
Ogni 3 mesi	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi operativi annuali della Azienda in tutte le sue articolazioni di responsabilità	Direzione aziendale, staff Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.

Il ciclo della performance si chiude con la predisposizione della relazione sulla gestione (entro il 30 giugno  $n_{+1}$ ) che contiene le risultanze di quanto realizzato nel primo anno di riferimento del piano della performance, validato dal Nucleo di Valutazione in funzione di OIV. Nel frattempo, entro il 30 aprile  $n+1$ , viene adottato il bilancio di esercizio dell'anno  $n$  che pure, nella relazione del Direttore Generale di accompagnamento, rende conto della performance economica e gestionale, nonché i risultati in termini di assistenza raggiunti nell'anno di riferimento del piano.

30 aprile $n_{+1}$	Adozione del bilancio di esercizio $n$	Direzione Aziendale, gestione economico-finanziaria, Controllo di gestione
Giugno anno $n_{+1}$	Relazione sulla performance relativa all'esercizio $n$	Direzione aziendale e staff Controllo di Gestione

L'intero percorso è, sul piano organizzativo, coordinato e gestito dalla Struttura complessa Controllo di Gestione che ha definito metodologia e contenuti del documento, rapportandosi da un lato con la Direzione aziendale, dall'altro con le strutture amministrative e sanitarie aziendali interessate, in particolare, con il dirigente Responsabile del programma triennale della trasparenza e Responsabile della prevenzione e dell'anticorruzione aziendale.

Posta la necessaria correlazione tra gli obiettivi prefissati nel Piano della Performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, merita evidenziare come il presente documento relativo all'anno 2020 è stato reso compatibile con le risorse assegnate in via

provvisoria a questa azienda dalla Regione Marche, con DGR n.1674 del 30/12/2019. Permane, indubbiamente una criticità di origine esterna per il ciclo di gestione delle performance nel disallineamento tra i tempi di definizione del piano della performance ed il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale che viene predisposto, dietro autorizzazione regionale, al momento dell'assegnazione definitiva delle risorse da parte della Regione Marche. Pertanto, la coerenza del Piano della performance viene garantita con la programmazione economica provvisoria. L'azienda ha provveduto a rendere compatibile il totale delle risorse assegnate pari a € 401.315.613 (netto investimenti da realizzarsi con fondi correnti) con le autorizzazioni di spesa dei diversi gestori in funzione della programmazione dei fattori produttivi programmati come previsti necessari per l'esercizio 2020.

La responsabilizzazione dei CdR rispetto all'utilizzo dei principali fattori produttivi necessari all'assistenza quali, personale, beni sanitari (farmaci e dispositivi medici) e servizi sarà ripartita in sede di budget aziendale.

## Allegato 1 – Piano degli obiettivi

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Tipologie di indicatore	Indicatore	Valore di riferimento	Target 2020	Target 2021	Target 2022	Performance individuale
1	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Implementazione delle misure di prevenzione della corruzione	impatto	aggiornamento della mappatura dei processi ad alto rischio di corruzione secondo quanto previsto PNA 2019		mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura dei principali processi ad alto rischio corruzione	mappatura completa di tutti i processi ad alto rischio corruzione	dirigenza PTA e sanitaria
2	Comunicazione, condivisione e trasparenza	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	impatto	Implementazione del protocollo informatizzato presso le strutture sanitarie		almeno tre strutture sanitarie di supporto	almeno tre strutture sanitarie di supporto	almeno tre strutture sanitarie di supporto	dirigenza PTA e sanitaria
3	Comunicazione, condivisione e trasparenza	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	impatto	implementazione del registro informatizzato degli accessi		avvio del registro informatizzato entro il 31/12/2020	implementazione del registro informatizzato entro il 31/12/2020	completamento del registro informatizzato entro il 31/12/2020	dirigenza PTA
4	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di certificabilità dei bilanci	impatto	Area rimanenze: Applicazione a regime		rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
5	Comunicazione, condivisione e trasparenza	b) Attuazione di piani e programmi	Percorso di certificabilità dei bilanci	impatto	Area Patrimonio Netto: applicazione a regime		rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	rilevazioni indicatori di processo previsti nelle procedure aziendali	dirigenza PTA
6	Comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Rendicontazione sociale e/o strategica	stato delle risorse (salute relazionale)	Approvazione del documento		entro il 15/09/2020	entro il 15/09/2021	entro il 15/09/2022	dirigenza PTA
7	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Customer satisfaction	stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione delle segnalazioni pervenute all'URP		analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale	dirigenza PTA
8	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Customer satisfaction	stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione della soddisfazione dell'utenza		analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	dirigenza PTA
9	Comunicazione, condivisione e trasparenza	c) Rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi	Bessere organizzativo	stato delle risorse (salute relazionale)	Raccolta ed elaborazione del questionario sul benessere organizzativo		analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	analisi dei risultati in tempi utili per la predisposizione de documento di rendicontazione sociale/strategico	dirigenza PTA
10	Comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Implementazione e aggiornamento carta dei servizi	stato delle risorse (salute relazionale)	Definizione standard di qualità per servizio		Individuazione degli indicatori da pubblicare	pubblicazione indicatore	pubblicazione indicatore	dirigenza sanitaria e PTA
11	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	informatizzazione della PA e trasparenza	efficacia	consultazione del portale istituzionale		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
12	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza	efficacia	Grado di trasparenza dell'amministrazione	99%	100%	100%	100%	dirigenza PTA
13	comunicazione, condivisione e trasparenza	e) Sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti, i destinatari dei servizi	Aggiornamento continuo degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza	efficacia	Obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 2 PTPCT		rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	rispetto degli obblighi di pubblicazione	dirigenza sanitaria e PTA
14	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	efficienza	Indicatore di tempestività dei pagamenti	-15 gg	<=0	<=0	<=0	dirigenza PTA
15	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa farmaceutica ospedaliera e acquisti diretti	efficienza	Prescrizione utilizzo di farmaci biosimilari ivs originator sulla base delle indicazioni di appropriatezza di cui alla dg marche n.1764/2018	60%	Risparmio atteso € 727.533	Risparmio atteso € 750,000	Risparmio atteso € 750,000	dirigenza sanitaria

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Tipologie di indicatore	Indicatore	Valore di riferimento	Target 2020	Target 2021	Target 2022	Performance individuale
16	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Rispetto del budget assegnato	efficienza	Totale aggregati economici al netto degli scambi SSR assegnato dalla Regione per l'anno		Costi gestionali totali <= budget regionale	Costi gestionali totali <= budget regionale	Costi gestionali totali <= budget regionale	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
17	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa farmaceutica ospedaliera e acusti diretti	efficienza	appropriatezza prescrizione farmaci		Risparmio atteso € 750.000	Risparmio atteso € 750.000	Risparmio atteso € 750.000	dirigenza sanitaria
18	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa farmaceutica ospedaliera e acusti diretti	efficienza	appropriatezza prescrizione farmaci innovativi e ad alto costo		Risparmio atteso € 740.000	Risparmio atteso € 740.000	Risparmio atteso € 740.000	dirigenza sanitaria
19	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa per il personale	efficienza	Ottimizzazione del ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive		Risparmio atteso € 450.000	Risparmio atteso € 450.000	Risparmio atteso € 450.000	dirigenza sanitaria
20	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa per servizi appaltati e noleggi	efficienza	Ottimizzazione del ricorso ai servizi appaltati e noleggi		Risparmio atteso € 410.000	Risparmio atteso € 410.000	Risparmio atteso € 410.000	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
21	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa per acquisti di servizi sanitari da terzi	efficienza	Ottimizzazione del ricorso ai servizi sanitari richiesti a terzi		Risparmio atteso €120.000	Risparmio atteso €120.000	Risparmio atteso €120.000	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
22	Economicità e sostenibilità	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Sostenibilità ambientale	impatto	gestione e ottimizzazione dello smaltimento dei rifiuti pericolosi		verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	verifiche a campione sul corretto smaltimento dei rifiuti pericolosi con esito positivo >95%	dirigenza sanitaria
23	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Efficientamento spesa dispositivi medici	efficienza	efficientamento dei percorsi di approvvigionamento e utilizzo dei dispositivi medici		Risparmio atteso € 850.000	Risparmio atteso € 850.000	Risparmio atteso € 850.000	dirigenza sanitaria
24	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	efficienza	incidenza del ricorso a convenzioni consip e al mercato elettronico degli acquisti		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
25	Economicità e sostenibilità	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	efficienza	Spesa per energia elettrica al metro quadro	0,0621	<=0,0621	<=0,0621	<=0,0621	dirigenza sanitaria e dirigenza PTA
26	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	impatto	ICTUS in fase acuta		monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
27	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	impatto	Gestione del pziente affetto da melanoma		monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
28	Lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Implementazione dei PDTA	impatto	Paziente affetto da tumore colon retto		monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	monitoraggio risultati tramite specifici indicatori di processo	dirigenza sanitaria
29	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Grado di utilizzo di SPID nei servizi digitali		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
30	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Percentuale di servizi full digital		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
31	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Percentuale di servizi a pagamento tramite Pago PA		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA

N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Tipologie di indicatore	Indicatore	Valore di riferimento	Target 2020	Target 2021	Target 2022	Performance individuale
32	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Percentuali di comunicazioni tramite domicilia digitali		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
33	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Percentuali di banche dati pubbliche disponibili in formato aperto		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
34	lean thinking	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	dematerializzazione delle procedure		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
35	Ricerca	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	potenziamento del capitale intellettuale	impatto	Coordinamento studi multicentrici	150	> 150	> 150	> 150	dirigenza sanitaria
36	Ricerca	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Contributo alla sviluppo scientifico	impatto	numero delle pubblicazioni scientifiche indicizzate		>= alla media degli ultimi tre anni	>= alla media degli ultimi tre anni	>= alla media degli ultimi tre anni	dirigenza sanitaria
37	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Appropriatezza organizzativa	efficacia	% ricoveri in DH con finalità diagnostica	20%	<= 10 %	<= 10 %	<= 10 %	dirigenza sanitaria
38	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Appropriatezza organizzativa	efficacia	% DRG medici da reparti chirurgici	23%	<= 23%	<= 23%	<= 23%	dirigenza sanitaria
39	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Appropriatezza organizzativa	efficacia	Degenza media pre-operatoria	1,66	<= 1,7	<= 1,7	<= 1,7	dirigenza sanitaria
40	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica	efficacia	fratture di femore operate entro 48 h pazienti >65 anni	80%	>80%	>80%	>80%	dirigenza sanitaria
41	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica	efficacia	Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario e ricoveri non a rischio di inappropriatezza	0,17	<= 0,17	<= 0,17	<= 0,17	dirigenza sanitaria
42	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Appropriatezza clinica	efficacia	% parti cesarei primari	25%	<=25%	<=25%	<=25%	dirigenza sanitaria
43	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	g) Qualità e quantità delle prestazioni dei servizi erogati	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza	efficacia	Indicatori PNE con valore in classe 1 o 2	70%	>=70%	>=75%	>=75%	dirigenza sanitaria
44	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "breve" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	90%	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
45	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziamento delle attività diagnostiche e terapeutiche	impatto	Rispetto dei TdA per classe di priorità "differita" per le prestazioni soggette a monitoraggio dal tavolo adempimenti LEA	90%	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria



N.	Obiettivo strategico "specifici"	Ambiti applicativi della performance organizzativa	Obiettivo di performance organizzativa	Tipologie di indicatore	Indicatore	Valore di riferimento	Target 2020	Target 2021	Target 2022	Performance individuale
46	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Potenziazione delle attività diagnostiche e terapeutiche	impatto	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	60%	>=70%	>=70%	>=70%	dirigenza sanitaria
47	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	ospedale senza dolore	impatto	% parti indolore sul totale parti vaginali	34%	100% richieste	100% richieste	100% richieste	dirigenza sanitaria
48	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza	efficacia	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	100%	100%	100%	100%	dirigenza sanitaria
49	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza	efficacia	Proporzione di colecisti laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	80%	>90%	>90%	>90%	dirigenza sanitaria
50	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Misurazione e potenziamento degli outcome dell'assistenza	efficacia	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche (entro 30 gg)	5,7%	<5%	<5%	<5%	dirigenza sanitaria
51	Rilancio del ruolo nazionale regionale e locale	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Appropriatezza clinica	efficacia	% ricoveri medici oltresoglia >=65	6%	<5%	<5%	<5%	dirigenza sanitaria
52	Sviluppo delle risorse interne	a) Attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività	Donazione organi e tessuti	impatto	% donatori effettivi	32%	DACL > 30%	Almeno 1 edizioni anno	Almeno 1 edizioni anno	dirigenza sanitaria
53	Sviluppo delle risorse interne	b) Attuazione di piani e programmi	Definizione del cronoprogramma dei lavori e degli acquisti di beni durevoli e monitoraggio trimestrale sullo stato di realizzazione	stato delle risorse	Monitoraggio trimestrale dello stato di realizzazione		scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	scadenze trimestrale di co.an definite dalla Regione	dirigenza PTA
54	Sviluppo delle risorse interne	h) Raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Qualificazione dei servizi socio-assistenziali rivolti alla docce vittime di violenza	stato delle risorse (salute di genere)	Partecipazione attiva alla rete anti violenza territoriale attraverso l'impegno formativo		almeno un evento formativo anno	almeno un evento formativo anno	almeno un evento formativo anno	dirigenza sanitaria
55	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Implementazione delle procedure di archiviazione e conservazione digitale della documentazione aziendale		avvio del processo	implementazione del processo	completamento del processo	dirigenza PTA
56	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Informatizzazione della PA e trasparenza	efficienza	Percentuale di atti adottati con firma digitale		50% del campione	70% del campione	100% del campione	dirigenza PTA
57	Sviluppo delle risorse interne	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	efficienza	Costo unitario della funzione gestione delle risorse umane		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
58	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	stato delle risorse (salute relazionale)	Grado di attuazione di forme di organizzazione del lavoro in telelavoro o lavoro agile		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
59	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	potenziamento del capitale intellettuale	impatto	Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA
60	Sviluppo delle risorse interne	d) Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali	Sviluppo delle funzioni amministrative di supporto	impatto	Grado di copertura delle procedure di valutazione del personale	100%	100%	100%	100%	dirigenza PTA
61	Sviluppo delle risorse interne	f) Efficienza nell'impiego delle risorse	Appropriatezza organizzativa	efficacia	Tasso di mobilità interna del personale non dirigenziale		Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	Rilevazione e monitoraggio dell'indicatore	dirigenza PTA