

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 819 del 31/05/2021

Seduta Num. 26

Questo lunedì 31 **del mese di** maggio
dell' anno 2021 **si è riunita in** video conferenza

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

| | |
|------------------------|----------------|
| 1) Bonaccini Stefano | Presidente |
| 2) Schlein Elena Ethel | Vicepresidente |
| 3) Calvano Paolo | Assessore |
| 4) Colla Vincenzo | Assessore |
| 5) Donini Raffaele | Assessore |
| 6) Felicori Mauro | Assessore |
| 7) Lori Barbara | Assessore |
| 8) Mammi Alessio | Assessore |
| 9) Priolo Irene | Assessore |
| 10) Salomoni Paola | Assessore |

Funge da Segretario l'Assessore: Felicori Mauro

Proposta: GPG/2021/728 del 07/05/2021

Struttura proponente: SERV. GESTIONE AMMINISTRATIVA
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Kyriakoula Petropulacos

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" con cui si dispone che le pubbliche amministrazioni redigano, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- Gli artt. 4 e 5 della Legge regionale 16 luglio 2018, n. 9 recante "Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale" con cui si dispone che il Piano della Performance costituisce strumento della programmazione triennale delle Aziende sanitarie e che tale piano è redatto in conformità alle indicazioni disposte dalla Regione ai fini dell'adeguamento del proprio ordinamento ai principi richiamati all'art. 16 del D.Lgs. n. 150/09;
- il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" con cui si introduce a valere dall'anno 2020 un nuovo sistema di indicatori per la Valutazione, il monitoraggio e la verifica della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni;

Richiamate le Delibere n. 1/2014 e n. 3/2016 dell'Organismo indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) con cui sono state fornite specifiche indicazioni per la predisposizione dei Piani triennali per la Performance delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna nel corso della decima legislatura;

Dato atto che con propria deliberazione n. 1709 del 23 novembre 2020 sono stati nominati i nuovi componenti dell'OIV-SSR, coerentemente con quanto previsto dal Regolamento regionale 2/2019;

Atteso che occorre aggiornare le linee guida per la formulazione dei Piani della Performance per il triennio 2021-2023 per tener conto degli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie per la corrente legislatura, nonché dell'introduzione degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia;

Considerato che con determina della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 1026 del 22/01/2021 è stato costituito un gruppo di lavoro coordinato dal Servizio Gestione Amministrativa - composto dai referenti delle Aziende sanitarie e con la partecipazione dell'Organismo indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) - con la finalità di definire uno schema di Piano della Performance da proporre a tutte le Aziende sanitarie e relativi indicatori per la misurazione e valutazione della Performance;

Considerato altresì che, ai sensi di quanto previsto dalla determina sopracitata, il gruppo di lavoro ha definito la struttura, i contenuti del Piano della Performance e gli indicatori della performance per il triennio 2021-2023 e più in generale ha proposto il documento "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli enti del SSR" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione. Tale documento sistematizza e aggiorna l'intero processo del Ciclo della Performance per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, così come delineato a livello regionale fin dalla delibera n. 1/2014 dell'OIV-SSR e tenendo conto del ruolo del Piano della performance e della Relazione della Performance quali strumenti, rispettivamente, di programmazione e rendicontazione introdotti in maniera strutturata dalla Legge regionale n. 9/2018 nell'ambito del processo di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie;

Acquisito, con nota prot. 0524758 del 27 maggio 2021, il parere favorevole dell'OIV-SSR sul documento "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli enti del SSR" ai sensi del Regolamento regionale 1° aprile 2019, n. 2 "Regolamento per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali";

Visti:

la Legge Regionale 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modificazioni ed integrazioni;

Richiamate inoltre le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007 e ss.mm.ii.;
- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della deliberazione n. 468/2017;
- n. 111 del 28 gennaio 2021 "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Anni 2021-2023" ed in particolare l'allegato D) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2021-2023";
- n. 2018/2020 "Affidamento degli incarichi di Direttore generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii.";
- n. 415/2021 "Indirizzi organizzativi per il consolidamento e il potenziamento delle capacità amministrative dell'ente per il conseguimento degli obiettivi del programma di mandato, per fare fronte alla programmazione comunitaria 2021/2027: Proroga degli incarichi";
- n. 771/2021 "Rafforzamento delle capacità amministrative dell'ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e linee di indirizzo 2021";

Vista la Determina dirigenziale n. 5506/2021 "Proroga incarichi dirigenziali in scadenza nell'ambito della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare";

Dato atto che il responsabile del procedimento, nel sottoscrivere il parere di legittimità, attesta di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare il documento Allegato A "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli enti del SSR" (e relativi allegati A1 e A2), quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di impegnare le Direzioni Aziendali e i Commissari straordinari ad impostare i Piani per la Performance per il triennio 2021-2023 in coerenza con le linee guida contenute nel documento Allegato A "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli enti del SSR" parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di trasmettere il presente atto alle Aziende sanitarie;
4. di dare atto, infine, che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR

Introduzione

Le Aziende e gli Enti sanitari della Regione Emilia-Romagna (nel seguito, Aziende sanitarie) hanno consolidato da molti anni sistemi strutturati di pianificazione e programmazione delle proprie attività, oltre che di controllo e rendicontazione dei risultati, con una proiezione sia esterna, rivolta cioè ai numerosi “portatori di interessi” istituzionali e non, sia interna, rivolta cioè alle strutture e ai professionisti che vi operano.

Negli ultimi anni tali attività sono state inserite nel contesto normativo introdotto dal D.Lgs.150/2009, attraverso un percorso avviato con la L.Reg.26/2013 “Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali”, definito poi con la DGR 334/2014 “Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)” ed infine confermato con il Regolamento regionale 2/2019 “Regolamento per il funzionamento degli OIV della Regione Emilia-Romagna e degli Enti del Sistema delle Amministrazioni Regionali”. In questo contesto, all'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) è stato assegnato un ruolo di definizione di linee guida e di monitoraggio sulle modalità di applicazione del ciclo della performance, tenendo conto della storia, dei percorsi di sviluppo gestionali e delle pratiche di pianificazione e programmazione già ampiamente consolidate nelle aziende ed enti del SSR: tali indicazioni sono state formalizzate con le Delibere dell'OIV-SSR n.1/2014, 2/2015 e 3/2016.

Più recentemente la Legge regionale 9/2018 ha aggiornato gli strumenti di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie introducendo in modo strutturale anche il Piano e la Relazione sulla Performance (agli articoli 4, 5 e 11) tra gli strumenti, rispettivamente, di programmazione e rendicontazione delle aziende sanitarie regionali.

Alla luce di tale novità, e vista l'esigenza di aggiornare nel 2021 i Piani triennali delle performance delle Aziende sanitarie, le presenti Linee guida hanno lo scopo di adeguare il Sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende sanitarie, sostituendosi alle Delibere dell'OIV-SSR, recependone comunque in gran parte i contenuti, Il percorso di elaborazione delle linee guida ha visto la partecipazione di numerosi funzionari delle Aziende stesse e della Regione, allo scopo di definire un sistema efficace e coerente con le peculiarità del sistema sanitario regionale.

Con Determina della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 1026/2021 è stato infatti costituito un *Gruppo lavoro per l'aggiornamento delle linee guida per la predisposizione del Piano della Performance* il quale, confrontandosi anche con l'OIV-SSR, ha elaborato una proposta di struttura delle presenti Linee guida e ha individuato gli indicatori ritenuti maggiormente significativi per il sistema di valutazione delle performance delle Aziende sanitarie regionali. Al gruppo di lavoro, in carica per i tre anni di vigenza dei Piani, è affidato anche il monitoraggio degli indicatori per la misurazione e valutazione della performance.

Principi di riferimento

L'impostazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, nel rispetto alle norme vigenti, tiene conto dei seguenti principi di riferimento:

- la valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali già obbligatorie o autonomamente sviluppate e consolidate nelle Aziende sanitarie, inclusi gli strumenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio e il processo di budget, onde evitare duplicazioni di attività e proliferazione di documenti non necessarie e fonte di possibili ambiguità;
- un'applicazione il più possibile omogenea e coordinata tra le Aziende, che consenta di rappresentare in modo corretto e significativo l'evoluzione attesa e i risultati conseguiti dal Sistema Sanitario Regionale, sulla base degli obiettivi definiti periodicamente e annualmente dalla Regione;
- l'esigenza di garantire una leggibilità e un utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo, assicurandone quindi una reale efficacia ed evitando che diventino un mero esercizio formale, considerando due punti di vista prioritari:
 - utilizzo *interno* per orientare l'attività gestionale delle strutture e dei professionisti, definendo e coordinando gli obiettivi e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche definite dalla Regione e declinati ai vari livelli dell'organizzazione;
 - utilizzo *esterno* per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche e dei risultati conseguiti (*accountability*).

I principi sopra esposti sono fondamentali e mutualmente sinergici, al fine di assicurarsi che il sistema di performance management possa efficacemente contribuire alla erogazione di servizi sanitari ad alto valore aggiunto, tecnico e sociale.

Il primo principio consente infatti di sviluppare sistemi amministrativi più efficaci e convenienti, evitando ridondanze e duplicazione affinché diano benefici maggiori dei loro costi organizzativi e tecnici di attuazione.

Il secondo principio è sua volta fondamentale per tre motivi. In primo luogo consente di creare sinergie nello sviluppo dei sistemi amministrativi tramite il reciproco apprendimento tra organizzazioni del sistema. In secondo luogo orienta in chiave strategica l'azione del singolo ente e, infine, consente di dare una lettura integrata e unitaria delle politiche sanitarie perseguite dal sistema regionale, consentendo agli interlocutori sociali di avere una idea precisa sia dell'efficacia delle politiche adottate in risposta ai bisogni della popolazione, sia delle capacità di attuazione delle strategie da parte degli enti del sistema.

Infine, il terzo principio richiama l'esigenza di rappresentare in modo chiaro ed efficace i risultati ottenuti dal sistema sanitario (nelle sue diverse articolazioni) con gli strumenti di programmazione adottati, al fine di rendicontare, a tutti gli interlocutori sociali, interni ed esterni, lo stato di avanzamento delle strategie e il valore prodotto dai servizi sanitari erogati. Con la corretta attuazione dei tre principi sopra ricordati è possibile fare in modo che i sistemi gestionali messi in atto all'interno delle Aziende sanitarie regionali (il budget, i sistemi di gestione delle risorse umane e quanto altro) continuino ad operare in modo efficace con le loro finalità specifiche ma in modo per quanto possibile sinergico. La complessità del performance management sta proprio nel rendere tra loro coerenti i sistemi di programmazione e controllo con i sistemi di misurazione dei risultati e con i sistemi di retribuzione variabile del personale; tale obiettivo deve essere perseguito però senza cadere all'interno di logiche razionalistiche e rigide, che rischiano di far perdere utilità sia ai sistemi di programmazione e controllo sia a quelli di gestione del personale, rendendoli più formali che sostanziali.

Per tal motivo in questi anni si è posta molta attenzione ai principi sopra ricordati, e questo ha consentito al sistema regionale di consolidare gli strumenti gestionali già da tempo utilizzati cercando di potenziarli

inserirli in modo organico all'interno delle logiche definite dalla normativa nazionale sul ciclo della performance. Questo approccio viene confermato con le presenti Linee guida cercando di dare, laddove possibile, una maggiore strutturazione ed uniformità di approccio alle strumentazioni utilizzate e soprattutto di aggiornarne i contenuti alla luce delle novità normative e di contesto intercorse.

L'articolazione del sistema

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende sanitarie è articolato in diversi momenti e strumenti di programmazione e controllo, definiti a livello nazionale, regionale e locale.

In questa sede si ritiene opportuno articolare il sistema in 3 ambiti di azione, concettualmente distinti ma operativamente integrati, per l'implementazione del ciclo di gestione delle performance delle Aziende, in applicazione dei *Principi di riferimento* sopra indicati.

Performance aziendale

Questo livello si sviluppa secondo quanto definito nelle presenti Linee guida attraverso una programmazione triennale, formalizzata mediante il Piano della performance, ed una rendicontazione annuale, formalizzata nella Relazione della performance, secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio. In questo ambito assumono un'importanza fondamentale gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali e le linee di programmazione via via adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione di attività e dei risultati. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente pluriennale ed esterna, tesa a definire le linee strategiche, le azioni e gli andamenti attesi di medio-lungo periodo e a rendicontarne i risultati; rappresenta inoltre la cornice di riferimento per lo sviluppo degli strumenti interni all'Azienda di pianificazione e controllo (e in particolare il budget annuale), descritti ai punti successivi.

Le presenti Linee guida forniscono indicazioni specifiche principalmente su questo ambito del Sistema della performance, allo scopo di garantirne un'applicazione coordinata ed omogenea, assicurando quindi una migliore leggibilità delle strategie e dei risultati conseguiti dalle Aziende.

Ad integrazione di tale sistema, occorre ricordare che la valutazione complessiva dei risultati delle Aziende viene effettuata anche da vari soggetti istituzionalmente competenti, con finalità e secondo modalità e tempi previsti da specifiche normative, ad esempio: dalla Giunta Regionale (cui competono anche le valutazioni annuali dei DDGG sugli obiettivi specifici di programmazione annuale), dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), dal Comitato LEA/Ministero della Salute anche attraverso l'Agenas (Nuovo sistema di Garanzia, Piano Nazionale Esiti, ecc.), ecc. Tale pluralità di punti di vista assicura già oggi una notevole e consolidata ricchezza informativa circa gli obiettivi ed i risultati delle Aziende sanitarie, consentendo ai vari portatori di interessi di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

A tale proposito è importante sottolineare che quasi tutti gli obiettivi e gli indicatori di risultato presenti nel Piano della performance delle Aziende sanitarie si caratterizzano per essere definiti da soggetti terzi (peraltro plurimi e diversificati) rispetto alle Aziende stese e per essere rilevati in modo oggettivo ed automatico, sulla base dei sistemi informativi in essere all'interno del Sistema sanitario regionale (e nazionale). Terzietà e oggettività costituiscono i cardini fondamentali per una efficace analisi e valutazione delle performance. L'attività sanitaria si presta generalmente meglio di altri servizi erogati da istituzioni pubbliche alla individuazione di obiettivi ed alla misurazione di risultati specificati da enti terzi (agenzie, organi di controllo di varia natura, ecc) e ben misurabili. Nella definizione della performance aziendale definita dalle presenti Linee guida, come sopra esposto, l'idea fondamentale è quella di dare una lettura delle performance

strategica specifica del singolo ente all'interno del Sistema in cui opera, attraverso obiettivi e indicatori fissati da soggetti terzi, per altri scopi, garantendo così l'applicazione dei principi di terzietà ed oggettività.

Performance organizzativa

Questo livello si sviluppa nelle Aziende attraverso una serie di strumenti già attivi ed in particolare il processo di budget annuale (secondo quanto previsto dall'art.8 della L.Reg.9/2018) e il correlato sistema di reporting e di valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda (Centri di Responsabilità). La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso dell'anno considerato, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali o delle disposizioni nazionali.

Il Budget viene definito con un processo "a cascata annuale" rispetto al Piano della Performance, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono riflettersi in una parte dei target di budget; gli obiettivi fanno inoltre riferimento alle Linee di programmazione regionali annuali e ad altri Piani e obiettivi aziendali specifici definiti annualmente, oltre che a diversi ulteriori aspetti di natura più operativa o strumentale, che non hanno quindi trovato collocazione nel Piano della performance o in altri strumenti di programmazione. In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra gli obiettivi strategici e quelli operativi, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici.

Il Master budget è predisposto sulla base delle indicazioni metodologiche presenti in apposite Linee guida regionali. Il riferimento attuale è rappresentato, dall'art. 8 della Lr. 9/2018 e dalle Linee guida regionali al regolamento di budget di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 865 del 24 giugno 2013 inerente al Piano attuativo della Certificabilità, così come richiamata dalla deliberazione di giunta regionale n. 1562/2017. Le linee guida regionali prevedono quali contenuti fondamentali del regolamento aziendale di budget la definizione da parte delle Aziende sanitarie di:

- *Linee guida di budget per l'anno di riferimento*, che competono alla direzione strategica dell'Azienda, e sono redatte sulla base: delle linee di indirizzo nazionali e regionali, dei documenti di programmazione sanitaria locale, del preconsuntivo dell'anno precedente e, ovviamente, anche del Piano della Performance, del quale rappresentano la declinazione annuale.
- *Budget operativi*, che trovano rappresentazione nella scheda di budget per centro di responsabilità aziendale, i cui contenuti minimi sono: a) Obiettivi; b) Costi diretti; c) Risorse umane; d) Attività. Si tratta quindi di schede che consentono di definire e poi di valutare la performance organizzativa dei diversi centri di responsabilità. Dato il necessario collegamento con il Piano della Performance, si suggerisce che gli obiettivi indicati nelle schede di budget rinvino agli obiettivi strategici ed alle dimensioni della performance presenti nel Piano.
- *Budget trasversali*, che comprendono: (a) i budget dei costi comuni; (b) i budget degli acquisti, riferiti a beni (correnti o a utilità pluriennale), servizi e risorse umane.

Gli obiettivi di performance individuale assegnati all'interno dell'Azienda potranno essere inseriti in schede specifiche individuali, correlati opportunamente con gli obiettivi sopra indicati, anche se non fanno parte integrante del Master budget.

Degli esiti del percorso di negoziazione di budget con le principali articolazioni interne aziendali, le Aziende sanitarie devono dar conto nella relazione del Direttore Generale a corredo del bilancio economico preventivo annuale, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 della Lr. 9/2018.

Performance individuale

Questo livello si sviluppa nelle Aziende quale componente del *Sistema di valutazione integrato del personale*, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dai contratti integrativi aziendali e dagli indirizzi forniti dalla Regione e dall'OIV-SSR. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a migliorare i risultati aziendali e la qualità dei servizi prodotti attraverso la valorizzazione, il coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale verso il pieno svolgimento delle funzioni istituzionali assegnate alle Aziende, come declinati nel sistema di misurazione e valutazione della Performance aziendale ed organizzativa delineati ai punti precedenti.

Il sistema di valutazione integrato del personale si articola in diversi processi, con i relativi strumenti applicativi; in questo contesto la valutazione annuale dei risultati individuali è un elemento importante, anche perché collegato al riconoscimento di incentivi economici, da integrare con le altre tipologie di valutazione previste nelle Aziende, quali la valutazione sugli incarichi, la valutazione delle competenze, ecc. Infatti esso:

- orienta i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali e rendere esplicito il sistema delle responsabilità;
- rappresenta la base dalla quale costruire piani e percorsi per sviluppare le competenze dei singoli dipendenti;
- supporta i processi decisionali che riguardano la gestione delle persone (assegnazione e rinnovo di incarichi dirigenziali, posizioni organizzative, assunzioni, ...) producendo informazioni utili che vengono raccolte nel dossier curriculare personale di ogni operatore;
- fornisce a tutti i "gestori di collaboratori" occasioni e strumenti efficaci per il governo delle risorse umane affidate;
- costituisce una delle attività manageriali critiche di successo attraverso le quali chi ha responsabilità di gestione di persone può svolgere la sua funzione di guida.

I principi generali applicati nei sistemi aziendali di valutazione del personale sono i seguenti:

- trasparenza dei processi e dei criteri usati e delle valutazioni effettuate;
- oggettività delle metodologie e degli strumenti utilizzati;
- esplicitazione delle motivazioni che sono alla base delle valutazioni effettuate;
- informazioni preparatorie alla valutazione adeguate e partecipazione del valutato anche attraverso l'autovalutazione;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore;
- espressione della valutazione finale secondo modalità che ne rendano il contenuto facilmente comprensibile, semplice e trasparente;
- periodicità annuale e continuità dei suoi processi attuativi.

Struttura e contenuti del Piano e della Relazione della performance

Il Piano della Performance è un *documento programmatico triennale* contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance aziendale, rendicontata mediante la Relazione della performance. Con l'adozione del Piano triennale e delle Relazioni annuali, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di *effettivo orientamento ai risultati* in linea con il

mandato istituzionale e con gli obiettivi ricevuti dalla Regione, dotandosi di strumenti idonei a fornire ai portatori di interessi informazioni precise e quantificabili sulle linee strategiche e sugli aspetti rilevanti delle attività svolte, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione.

Attraverso il Piano delle Performance l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione Generale: in tal modo il Piano traduce i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, ecc. in strategie, obiettivi e impegni pluriennali, individuando anche le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare i loro raggiungimento.

Il Piano della Performance è quindi un documento:

- *fortemente correlato con gli obiettivi di mandato* assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali, che traducono a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo le priorità strategiche che devono essere perseguite;
- con *validità triennale e stabile*, non a scorrimento (a meno che non si verificano significativi cambiamenti organizzativi o di contesto): non appare infatti necessario né utile un aggiornamento annuale di un documento che deve fissare linee strategiche in applicazione di obiettivi di mandato fissi e pluriennali, in un contesto nel quale il sistema di budget rappresenta lo strumento strutturato per la definizione e il controllo degli obiettivi annuali;
- *rivolto prevalentemente verso l'esterno*, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità di loro monitoraggio e rendicontazione, *ma anche verso l'interno dell'Azienda*, per fornire una cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale (che come detto si sviluppa principalmente mediante il budget e gli strumenti correlati);
- che si integra con gli altri strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda, fornendo una *visione di sintesi integrata*; nel caso in cui sia opportuno o necessario rinviare ad altri documenti, è necessario riportarne nel Piano i contenuti essenziali, al fine di garantire una piena leggibilità e comprensibilità del documento;
- con una *struttura e contenuti omogenei* tra le Aziende, secondo quanto indicato nelle presenti Linee guida, con la possibilità di indicare aspetti di specifico interesse locale ma all'interno di un quadro complessivo coerente e sistemico.

La *Relazione della Performance* (di cui all'art. 11 della Lr 9/2018) è invece il documento attraverso il quale l'Azienda rendiconta annualmente ai propri portatori di interesse i risultati effettivamente conseguiti in relazione agli obiettivi strategici indicati nel Piano.

Come già indicato in precedenza, il sistema della performance delle Aziende sanitarie si inserisce in un contesto molto articolato di interrelazioni e di attività di pianificazione/programmazione e verifica, che prevede peraltro già la predisposizione e adozione di piani e documenti secondo normative e con riferimenti spesso molto strutturati, oltre che la disponibilità di diversi livelli di performance. In questo ambito il Piano triennale della performance e la Relazione annuale rappresentano strumenti di sintesi della pianificazione aziendale che consentono di sistematizzare le strategie in modo misurabile e di rendicontare i risultati conseguiti.

La scelta compiuta di adottare un Piano triennale di norma fisso e non a scorrimento, da un lato, consente di fornire un quadro strategico di riferimento chiaro e realmente orientato al medio-lungo periodo e, dall'altro, rinvia la definizione degli obiettivi annuali al processo di budget, in tal modo valorizzandolo pienamente; è quindi nel budget annuale che saranno riportati eventuali obiettivi ulteriori definiti di anno in anno, sia quelli

derivanti dalle Linee di programmazione regionali annuali, sia quelli presenti in altri Piani che sono stati nel frattempo aggiornati (cfr. anche paragrafo *Modalità e tempi di attuazione e aggiornamento*).

Indice e struttura del Piano

La struttura del Piano della Performance (PdP) è la seguente, con i contenuti sinteticamente indicati per ciascuna sezione.

- *Executive summary*: sintesi dei contenuti del PdP, con particolare attenzione ai più rilevanti obiettivi strategici aziendali.
- *Premessa*: senso del PdP quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'azienda ed i suoi portatori di interesse, con contestuale richiamo al sistema della performance presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
- *Identità dell'Azienda*:
 - Chi siamo (caratteristiche organizzative aziendali) e cosa facciamo (mission e vision aziendale): attingere o rimandare all'atto aziendale e/o eventuali documenti di pianificazione strategica.
 - Come operiamo: attingere o rimandare all'atto aziendale per descrivere l'organizzazione e struttura di responsabilità dell'azienda.
 - Il contesto di riferimento: fotografia per sintesi dell'ambiente in cui opera l'azienda, attingendo o rimandando a documenti di programmazione già sviluppati in merito. Le informazioni di base presenti devono riguardare per sintesi l'analisi della popolazione servita (contesto socio-demografico), l'analisi della domanda di prestazioni (contesto dei "bisogni" di salute), l'analisi delle priorità istituzionali in capo all'azienda (contesto istituzionale), l'analisi del sistema di offerta in cui opera l'azienda (presenza altre aziende sanitarie pubbliche, privato accreditato e non, relazioni con terzo settore, relazioni con servizi sociali ecc.).
 - I dati di attività: rappresentazione per sintesi dei volumi di produzione delle principali attività aziendali degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del PdP.
 - I dati economici: rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale degli ultimi anni precedenti al triennio di vigenza del PdP, nonché del piano degli investimenti attuato.
 - Il personale: fotografia del personale, se possibile attingendo o rimandando a documenti già disponibili. Le informazioni di base presenti devono riguardare la composizione del personale per ruolo (con dettagli sul personale dipendente e su altre forme di lavoro/collaborazione), per fasce di età e genere, nonché i principali tassi di monitoraggio dell'andamento delle dinamiche sensibili, quali l'assenteismo, le inidoneità, turn-over generato da richieste di trasferimento od altre forme diverse dalla naturale uscita per pensionamento. L'obiettivo di questa parte del PdP è fotografare la complessità e la ricchezza del personale operante nell'azienda sanitaria (il suo "capitale" principale) nonché contestualizzare le principali sfide gestionali presenti ed emergenti.
- Gli impegni strategici e le dimensioni della performance: piano strategico di impegni ed azioni che la Direzione intende perseguire in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, evidenziando gli aspetti ritenuti più rilevanti, con un'articolazione in capitoli per Dimensioni/Aree della performance come indicate di seguito (cfr. paragrafo *Dimensioni e Aree della performance*).
- Misurazione e valutazione della performance: descrizione del sistema di misurazione e valutazione della performance, con particolare riferimento alla performance organizzativa ed individuale.

- Indicatori di performance: definizione dell'evoluzione prevista per gli indicatori di risultato individuati (cfr. paragrafo *Indicatori della performance*), come effetto delle azioni e degli impegni strategici previsti nel Piano.

Indice e struttura della Relazione

La Relazione sulla performance costituisce il documento di rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti indicati nel Piano della performance.

Deve essere deliberata, successivamente all'adozione del Bilancio d'esercizio, e pubblicata sul sito "Amministrazione trasparente" da parte di ciascuna Azienda, entro il 30 giugno.

La Relazione è strutturata in coerenza con il Piano della Performance, per fornire gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nell'anno di riferimento in relazione agli impegni strategici assunti nel Piano stesso: essa infatti ha l'obiettivo di rendicontare l'evoluzione nel tempo dei risultati conseguiti, attraverso l'esposizione pluriennale degli indicatori di performance, accompagnata da commenti e spiegazioni che diano conto dell'aderenza o meno agli andamenti attesi.

La struttura della Relazione della Performance è la seguente, con i contenuti sinteticamente indicati per ciascuna sezione.

- Executive summary: sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato l'anno oggetto di rendicontazione.
- Premessa: inquadramento generale del documento, con contestuale richiamo al sistema della performance presente nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
- Principali informazioni sull'Azienda, mediante report di sintesi analoghi a quelli inseriti nella sezione Identità dell'Azienda del Piano della performance (eventualmente mediante rinvio ad altri documenti disponibili) relativi a:
 - I dati di attività: rappresentazione per sintesi dei volumi di produzione delle principali attività aziendali.
 - I dati economici: rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale, nonché del piano degli investimenti attuato.
 - Il personale: rappresentazione per sintesi dei dati relativi al personale degli ultimi tre anni.
- A seguire, con un'articolazione in capitoli per Dimensioni/Aree della performance, prevedendo per ciascun capitolo:
 - La rendicontazione delle azioni sviluppate e dei risultati conseguiti nell'anno, relativi all'area di performance considerata, in relazione agli obiettivi previsti nel Piano, facendo rinvio, per quanto possibile, alla rendicontazione degli obiettivi della programmazione regionale già presente nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale.
 - Una tabella nella quale vengano descritti gli andamenti attesi/registrati per gli indicatori relativi all'area di performance considerata (cfr. paragrafo *Indicatori della performance*), attraverso una breve descrizione e commento dei risultati, anche sulla base delle informazioni rese disponibili dal sistema informativo regionale InSiDER, e dalle altre fonti informative aziendali. In alternativa la tabella può anche essere unica ed inserita alla fine del documento, con i commenti comunque allocati in ciascun capitolo.
 - Eventuali altri contenuti ritenuti necessari

Alla Relazione sulla performance deve essere allegata la *Rendicontazione degli obiettivi della programmazione annuale regionale*; la rendicontazione può fare esplicito riferimento allo specifico capitolo già presente nella Relazione sulla gestione del Direttore generale, allegata al bilancio di esercizio ex D.lgs. 118/11, che prevede analitica rendicontazione in ordine al perseguimento degli obiettivi economico-finanziari e di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla programmazione sanitaria regionale e locale.

Dimensioni e aree della performance: collegamento con gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali

Come indicato nel capitolo riferito alla struttura del Piano della Performance, la sezione del Piano riferita agli impegni ed alle azioni che la Direzione intende perseguire nel triennio, in coerenza con gli obiettivi di mandato ricevuti, deve evidenziare gli aspetti ritenuti più rilevanti articolati secondo l'albero della performance; questo è strutturato su 2 livelli, mediante Dimensioni ed Aree della performance, nel seguente modo:

- Dimensione di performance dell'utente: si tratta di una dimensione di fondamentale importanza per le Aziende sanitarie, riguardando performance relative ad ambiti di diretto impatto e valutabilità da parte degli utenti dei servizi, articolati secondo le seguenti Aree:
 - Area di performance dell'accesso e della domanda: afferiscono a quest'area performance con impatto diretto sulle modalità di accesso degli utenti alle prestazioni e ai servizi.
 - Area di performance dell'integrazione: afferiscono a quest'area performance relative all'integrazione di prestazioni e servizi tra i diversi livelli assistenziali con impatto diretto sugli utenti.
 - Area di performance degli esiti: afferiscono a quest'area performance relative agli esiti delle prestazioni e dei servizi per gli utenti degli stessi.
- Dimensione di performance dei processi interni: si tratta di una dimensione che analizza aspetti non sempre immediatamente percepibili o percepiti dagli utenti delle prestazioni e dei servizi delle Aziende, ma fondamentali per garantire il loro effettivo svolgimento in modo efficiente, efficace e sicuro, articolati secondo le seguenti Aree:
 - Area di performance della produzione: afferiscono a quest'area performance relative agli aspetti quali-quantitativi delle prestazioni e dei servizi svolti.
 - Area di performance della appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: afferiscono a quest'area performance con impatto diretto su appropriatezza, qualità, sicurezza, gestione del rischio, ecc. delle prestazioni e dei servizi svolti.
 - Area di performance dell'organizzazione: afferiscono a quest'area performance relative all'organizzazione aziendale, in termini sia di assetto organizzativo sia di processi interni, anche tramite l'applicazione di strumenti informatici.
 - Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.
- Dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo: si tratta di una dimensione strategica per assicurare l'aggiornamento e il miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati, oltre che delle competenze dei professionisti che operano nelle Aziende, articolati secondo le seguenti Aree:
 - Area di performance della ricerca e della didattica: afferiscono a quest'area performance relative all'innovazione scientifica e allo sviluppo e all'attuazione di attività legate alla ricerca e alla didattica.

- Area di performance dello sviluppo organizzativo: afferiscono a quest'area performance relative allo sviluppo dell'organizzazione, del personale, degli strumenti e delle metodologie utilizzati in tali ambiti, ecc.
- Dimensione di performance della sostenibilità: si tratta di una dimensione che analizza il corretto utilizzo delle risorse disponibili, con riferimento sia ai costi/ricavi di esercizio, sia agli investimenti, articolati secondo le seguenti Aree:
 - Area di performance economico-finanziaria: afferiscono a quest'area performance relative agli obiettivi di equilibrio e sostenibilità economico-finanziari.
 - Area di performance degli investimenti: afferiscono a quest'area performance relative all'attuazione degli investimenti previsti e al rinnovamento tecnologico.

È possibile individuare un collegamento tra gli obiettivi di mandato contenuti nelle delibere della Giunta Regionale di designazione dei Direttori Generali e le diverse Aree della performance sopra indicate.

Per il Piano della Performance 2021-2023, il Gruppo di lavoro incaricato di proporre le Linee Guida e l'OIV-SSR hanno individuato tale collegamento, rappresentato nello schema riportato nell'*Allegato A1: Collegamento tra Obiettivi di mandato dei Direttori Generali e Dimensioni/Aree della performance 2021-2023*, che individua per ogni obiettivo di mandato la Dimensione/Area di riferimento PRINCIPALE e quelle che, invece, presentano un impatto INDIRETTO. Nel Piano e nella Relazione della performance ogni obiettivo sarà trattato da ciascuna Azienda nella Dimensione/Area di riferimento PRINCIPALE, ma si terrà conto anche degli altri impatti INDIRETTI attraverso opportuni collegamenti e descrizioni.

La definizione di indicatori della Performance, trattati nel capitolo che segue, per Dimensione/Area della performance, consentirà pertanto una misurazione e valutazione complessiva dei risultati attesi e conseguiti rispetto agli obiettivi di mandato assegnati dalla Giunta.

Ulteriori riferimenti utili per dare contenuti alle diverse Aree sono inoltre ricavabili dagli atti di programmazione nazionale, regionale e locale.

Indicatori della performance

Per il Piano della Performance 2021-2023, il Gruppo di lavoro incaricato di proporre le Linee Guida ha individuato, per ciascuna Dimensione/Area della performance, indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema, elencati nell'*Allegato A2: Indicatori della performance*.

La scelta di tale insieme di indicatori è stata effettuata avendo come riferimento il sistema Informativo InSiDER implementato a livello regionale e reso disponibile a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale; ciò garantisce una piena valorizzazione dei flussi informativi e delle banche dati esistenti a livello regionale, assicurando anche la dovuta standardizzazione nella loro elaborazione e una piena trasparenza e confrontabilità dei risultati tra Aziende e, all'interno della stessa azienda, in un arco di tempo pluriennale .

Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (operativo a livello nazionale dal 2020) e del Programma Nazionale Esiti, in quanto centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende e utili per orientare il Sistema Sanitario Regionale, oltre ad essere annualmente ripresi e contestualizzati in obiettivi specifici dalle deliberazioni di programmazione della Giunta.

La distribuzione degli indicatori selezionati per il PdP 2021-2023 si caratterizza per un deciso orientamento alla Dimensione dell'utente, 58 indicatori, e alle pertinenti Aree dell'accesso, degli esiti, dell'integrazione; a seguire, in ordine di numerosità, sono stati individuati 42 indicatori utili alla valutazione dei risultati attinenti alla dimensione dei processi interni, concentrati in particolare sui volumi di produzione, 24 (e tra questi specifico rilievo a quelli riferiti alla Prevenzione) e su appropriatezza/qualità/sicurezza delle cure. Rispetto alle ultime linee guida emanate dall'OIV-SSR nel 2018, anche le dimensioni dell'innovazione e sviluppo (11 indicatori) e della sostenibilità (11 indicatori) sono state arricchite di indicatori comuni tra le aziende, utili a meglio rappresentare i risultati dell'intero SSR e delle Aziende anche in questi ambiti di grande importanza.

L'elenco di indicatori potrà essere integrato con indicatori specifici da ogni singola Azienda, laddove ne riscontri la necessità; tali ambiti discrezionali dovranno comunque essere ricompresi all'interno delle Dimensioni e delle Aree della performance previste.

Si evidenzia che gli indicatori di risultato individuati a livello regionale consentiranno di assolvere anche all'obbligo di pubblicazione previsto dal comma 522 della Legge di stabilità 2016 a carico delle singole aziende, mediante funzionalità di estrazione specifiche da InSiDER.

Nel Piano della performance le Aziende sono tenute ad indicare i trend attesi per ciascun indicatore per il triennio oggetto del Piano, partendo dai valori relativi agli anni immediatamente precedenti rispetto al triennio considerato e ai valori medi regionali (nel caso di indicatori resi disponibili in modo centralizzato in InSiDER); tale trend potrà essere espresso o in modo quantitativo (+X oppure -X% per ogni anno), o in modo qualitativo (mantenimento, crescita, riduzione, ecc.), in modo da individuare l'evoluzione attesa come effetto delle azioni aziendali, permettendo a consuntivo, nella Relazione della performance, un confronto tra risultati attesi e risultati effettivamente conseguiti.

La necessaria aderenza dell'insieme degli indicatori alle priorità definite tempo per tempo dal livello regionale e/o nazionale potrà rendere opportune nel futuro alcune revisioni, che saranno affidate al Gruppo di lavoro, operativo per tutto l'arco temporale di vigenza del Piano, e disposte secondo quanto indicato nel paragrafo *Modalità e tempi di attuazione e aggiornamento*.

Collegamento con altri Piani e documenti

Di seguito si riportano indicazioni di inquadramento e coordinamento tra il Piano della performance ed altri piani e documenti previsti da norme nazionali con specifico rinvio al PdP stesso.

Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza (PTPCT)

La L.190/2012 prevede che *"i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza"* (art.1 c.8bis); analogamente il D.Lgs.33/2013 richiede *"la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori"* (art.44): in entrambi i casi la verifica di tale collegamento è affidata all'Organismo Indipendente di Valutazione (e, nel modello adottato dalla Regione Emilia-Romagna per le Aziende sanitarie con il Regolamento 2/2019, anche agli Organismi Aziendali di Supporto attivi nelle Aziende sanitarie).

Per rendere strutturale ed evidente il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, nelle presenti Linee guida si conferma all'interno del sistema di misurazione e valutazione della performance una specifica Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza (cfr. paragrafo *Dimensioni e Aree della performance*), che consente di focalizzare l'attenzione su quest'importante ambito di attività. Nel Piano della

performance saranno quindi illustrate in una sezione specifica le strategie aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti i principali obiettivi che si intendono perseguire nel triennio considerato, in coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali, e fissati alcuni indicatori di performance significativi; analogamente nella Relazione della performance sarà predisposta una rendicontazione su quanto effettivamente attuato. Per informazioni più complete e dettagliate, e per gli aggiornamenti annuali, si rinvierà al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e soprattutto al processo di budget, in cui saranno inseriti annualmente gli obiettivi e le misure più rilevanti attraverso opportuni obiettivi assegnati ai Centri di responsabilità e ai responsabili coinvolti; il processo di budget dovrà quindi tradurre quanto presente nei PTPCT approvati ogni anno nel Master budget (linee guida e schede di budget di struttura) e in opportuni obiettivi di CdR e/o individuali assegnati annualmente, garantendo così l'allineamento costante tra prevenzione della corruzione e ciclo della performance come previsto dalla normativa.

Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA)

Le disposizioni in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 14 della L. 124/2015, così come modificate dal D.L. 56/2021, prevedono che le pubbliche amministrazioni, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. A tal fine, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (il piano della performance). Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Il raggiungimento delle predette percentuali è realizzato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. Le economie derivanti dall'applicazione del POLA restano acquisite al bilancio di ciascuna amministrazione pubblica.

Il POLA si configura come lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo, adottato in coerenza con le linee di indirizzo "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance", adottate dal Ministro per la pubblica amministrazione, con una valenza triennale e aggiornamenti annuali secondo una logica di scorrimento programmatico.

In fase di prima applicazione, le aziende ed enti del SSR adottano il POLA quale sezione del Piano della performance relativo al triennio 2021-2023. A regime, il POLA è aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno, ovvero, nelle annualità in cui è predisposto il Piano della Performance, contestualmente alla sua adozione.

In particolare, il POLA relativo al triennio 2021-2023 dovrà programmare il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in coerenza con le "Linee guida regionali per l'avvio di una sperimentazione per l'introduzione all'interno delle aziende ed enti del SSR dell'istituto dello smart working, secondo modalità ordinarie", trasmesse con nota della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare del 27 gennaio 2021, prot. 68048. In questa prospettiva occorre tenere conto delle disposizioni dettate dal D.L. 56/2021, le quali hanno prorogato fino al 31 dicembre 2021 l'accesso al lavoro agile secondo le modalità semplificate proprie della fase emergenziale (quindi senza la necessità del previo accordo

individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale), superando il riferimento alla soglia minima del 50% in precedenza prevista (riferita al personale impiegato nelle attività che possono essere svolte con questa modalità). Si ritiene quindi che l'introduzione dello smart working secondo le modalità ordinarie possa essere programmato a partire dall'anno 2022. A questo fine le aziende ed enti del SSR valorizzano lo strumento della mappatura delle attività, ossia la ricognizione svolta in modo strutturato all'interno dell'organizzazione, con aggiornamento periodico, dei processi di lavoro che possono essere svolti con modalità agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi. In particolare, attraverso il POLA 2021-2023 le aziende ed enti del SSR programmano per il 2021 l'avvio e il graduale completamento all'interno delle diverse articolazioni organizzative interne della mappatura delle attività, stabilendo anche i relativi criteri di priorità.

Piano Triennale Fabbisogni Personale

Il quadro delle regole relative alla predisposizione ed approvazione del Piano Triennale Fabbisogni Personale (PTFP) da parte delle aziende ed enti del SSR è definito in particolare:

- dalla disciplina legislativa di cui agli articoli 6 e seguenti del D.Lgs. n. 165/2001, come modificati ed integrati dal D.Lgs. n. 75/2017;
- dal Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, adottato, con riguardo agli enti del SSN, a seguito dell'intesa in Conferenza unificata perfezionata in data 19 aprile 2018;
- dalla disciplina regionale di cui alla delibera della Giunta regionale n. 1412 del 3 settembre 2018.

I PTFP delle Aziende sanitarie devono svilupparsi in coerenza con la cornice finanziaria delle risorse disponibili per il finanziamento del SSR e nel rispetto dei vincoli derivanti dalla vigente legislazione statale relativamente al costo del personale.

Si tratta di uno strumento di programmazione predisposto in coerenza con i contenuti della programmazione regionale e del Piano della Performance Aziendale. Tenuto conto che quest'ultimo non è aggiornato annualmente in coerenza con quanto previsto dalle presenti Linee guida, il PTFP deve essere predisposto contestualmente al bilancio economico preventivo e saranno le indicazioni della programmazione regionale a inquadrare annualmente la cornice economica e finanziaria e gli ulteriori obiettivi prioritari da considerare in sede di programmazione dei fabbisogni di personale.

Piano triennale azioni positive

La Direttiva 2/2019 *"Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche"*, emanata dal Ministro per la pubblica amministrazione e il Sottosegretario delegato alle pari opportunità, ha rafforzato in termini propositivi e propulsivi il ruolo svolto dalle Amministrazioni pubbliche nel rimuovere *"ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, nei luoghi di lavoro"*.

Al riguardo, il d.lgs. n. 198 del 2006 recante *"Codice delle pari opportunità tra uomo e donna"*, all'articolo 48, intitolato *"Azioni positive nelle pubbliche amministrazioni"* stabilisce che le amministrazioni pubbliche devono predisporre Piani triennali di azioni positive *"tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro"*.

Inoltre, il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, riconosce la rilevanza del principio delle pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa delle

amministrazioni pubbliche (art. 8). Per questo motivo, la Direttiva 2/2019 dispone che il Piano triennale di azioni positive, “*tendenti alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità nel lavoro*”, in ragione del collegamento con il ciclo della performance, debba essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance (a partire dal 2020).

L’applicazione di tale normativa presso le Aziende della Regione Emilia-Romagna è stata definita dall’OIV-SSR con proprie Linee guida inviate il 12/2/2020 (prot.PG/2020/0121605), tenendo conto dell’assetto peculiare derivante dal Regolamento regionale 2/2019, che in questa sede si confermano.

In particolare è stato previsto che il Piano triennale delle azioni positive sia allegato al Piano triennale della performance, ad integrazione dello stesso; tenuto conto che il Piano della performance non è oggetto di aggiornamento annuale, saranno le Linee guida al budget previste con cadenza annuale a riportare il riferimento al Piano triennale delle azioni positive, contestualizzato negli obiettivi assegnati nell’ambito del processo di budget per i Centri di responsabilità e/o i dirigenti/operatori coinvolti (e quindi con un possibile rilievo nell’ambito performance organizzativa e/o individuale).

Indicazioni sull’assolvimento degli obblighi di trasparenza

Il D.Lgs.33/2013 prevede la pubblicazione di diversi documenti e informazioni sul sistema di misurazione e valutazione della performance anche al fine di dare piena applicazione al principio di trasparenza esplicitamente previsto dal D.Lgs.150/2009 in tal ambito.

Nello specifico, tenendo anche conto delle indicazioni di ANAC in materia (e in particolare della Delibera 1310/2016), si forniscono le seguenti indicazioni per le diverse sottosezioni di 1° e 2° livello alla luce dello specifico modello di attuazione del D.Lgs.150/2009 adottato con le presenti Linee guida:

- *Performance:*
 - *Sistema di misurazione e valutazione della Performance:* si pubblicano tempestivamente le presenti Linee guida, il Regolamento di budget e la Guida alla valutazione aziendale del personale (quando sarà adottata formalmente dall’Azienda).
 - *Piano della performance:* si pubblica il Piano della Performance, predisposto in coerenza con le presenti Linee guida, tempestivamente rispetto alla data di adozione; analogamente si pubblicano in tale voce anche gli altri Piani o Documenti previsti quali sezioni o allegati del Piano della Performance stesso (quali ad esempio il Piano Organizzativo Lavoro Agile e il Piano triennale delle azioni positive).
 - *Relazione della performance:* si pubblica la Relazione della Performance, tempestivamente rispetto alla data di adozione.
 - *Ammontare complessivo dei premi:* si pubblica quanto previsto dal D.Lgs.33/2013 (art.20 c.1) e dalle delibere ANAC, tempestivamente rispetto alla disponibilità dei dati (ossia la certificazione da parte del Collegio sindacale del Conto annuale).
 - *Dati relativi ai premi:* si pubblica quanto previsto dal D.Lgs.33/2013 (art.20 c.2) e dalle delibere ANAC, tempestivamente rispetto alla disponibilità dei dati.
- **Controlli e rilievi sull’amministrazione:**
 - OIV – Documento dell’OIV di validazione della Relazione sulla Performance: voce non applicabile, in quanto documento non previsto nelle presenti Linee guida.
 - OIV – Relazione dell’OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni: si pubblica la Relazione annuale di monitoraggio sul

funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell'ambito di enti e aziende del servizio sanitario regionale, prevista dall'art.7, c.2, lett.c del Regolamento regionale 2/2019, tempestivamente rispetto alla trasmissione da parte dell'OIV-SSR.

La pubblicazione dei documenti e delle informazioni sopra riportata deve essere mantenuta fino al termine previsto dall'art.8 del D.Lgs.33/2013 (ossia "per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti").

Modalità e tempi di attuazione e aggiornamento

In relazione al *Ciclo della performance* delineato nelle presenti Linee guida, si fissano i seguenti termini temporali di attuazione delle diverse fasi previste, anche al fine di garantire il necessario coordinamento tra le Aziende e assicurare la trasversalità sul Servizio Sanitario Regionale delle attività di definizione e misurazione/valutazione delle performance.

- Il *Piano della performance 2021-2023* deve essere adottato dalle Aziende entro il 31/7/2021. Nel caso in cui si rendesse necessario adottare un nuovo Piano nel triennio, i tempi e le modalità saranno definiti e condivisi a livello regionale. Una volta approvato, il Piano deve essere oggetto di un'adeguata attività di informazione sia verso l'interno dell'Azienda sia verso l'esterno, secondo le modalità che saranno definite da ogni Azienda (ad integrazione della pubblicazione prevista nel sito Amministrazione trasparente – cfr. paragrafo *Indicazioni sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza*).
- La Relazione della performance deve essere adottata annualmente entro il 30/6 di ogni anno. Una volta approvata, la Relazione deve essere oggetto di un'adeguata attività di informazione sia verso l'interno dell'Azienda sia verso l'esterno, secondo le modalità che saranno definite da ogni Azienda (ad integrazione della pubblicazione prevista nel sito Amministrazione trasparente – cfr. paragrafo *Indicazioni sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza*).
- Il processo di budget deve avvenire annualmente con le modalità e secondo i tempi previsti dai Regolamenti aziendali e specificati nelle Linee guida del budget, con il necessario coinvolgimento di tutte le strutture interne; la predisposizione del Master budget deve concludersi entro i primi mesi dell'anno di riferimento al fine di consentire una piena efficacia allo strumento in termini di orientamento delle strutture e degli operatori e una reale perseguibilità degli obiettivi posti. Eventuali revisioni degli obiettivi devono essere opportunamente calendarizzate. La misurazione e valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi si completa di norma entro il mese di settembre dell'anno successivo rispetto a quello considerato.
- Il processo di definizione degli obiettivi di performance individuale è strettamente integrato con il processo di budget, secondo i tempi e le modalità previste dai regolamenti interni aziendali oltre che dai contratti di lavoro.

In linea generale, la predisposizione e l'adozione di Piani o documenti previsti da normative nazionali quali sezioni o allegati del Piano della performance (come ad esempio il POLA) dovranno essere inseriti nel Piano della Performance stesso in occasione della sua adozione; se le stesse normative nazionali prevedono un loro aggiornamento annuale, nel periodo triennale di vigenza del PdP le Aziende procederanno con specifici atti al loro aggiornamento, nei termini stabiliti dalla normativa di riferimento, quale integrazione o allegato del PdP già adottato (e quindi successivamente pubblicati nella relativa sezione di Amministrazione trasparente); essi saranno opportunamente raccordati con il processo di budget, nell'ambito sia delle Linee guida budget sia della definizione degli obiettivi assegnati ai CdR e al personale.

Nel caso invece di Piani o documenti previsti da normative nazionali non previsti quali sezioni o allegati del Piano ma da raccordare annualmente con il *Ciclo della performance* (come ad esempio per il Piano Triennale Prevenzione Corruzione Trasparenza), essi dovranno essere adottati con le modalità previste dalle normative di riferimento ed il loro collegamento con il sistema della performance dovrà essere assicurato nell'ambito del processo di budget.

L'aggiornamento delle presenti Linee guida, per quanto attiene ai seguenti aspetti:

- tempi e modalità di adozione di un nuovo Piano delle performance successivo rispetto a quello 2021-2023,
- aggiornamento degli indicatori della performance di riferimento regionale,
- coordinamento con altri Piani e documenti,

potrà avvenire mediante atto o comunicazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, previo parere dell'OIV-SSR ai sensi del Regolamento regionale 2/2019.

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 1: Collegamento tra Obiettivi di mandato dei Direttori Generali e Dimensioni/Aree della performance 2021-2023

| Obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina) | Note | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI | | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------|--|--|--------------------------|--|---|-----------------------------------|---|-------------------------|------------|
| | | AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA | AREA DELL'INTEGRAZIONE | AREA DEGLI ESITI | AREA DELLA PRODUZIONE | AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO | AREA DELL'ORGANIZZAZIONE | AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA | AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA | AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO | AREA ECONOMICO-FINANZIARIA | AREA DEGLI INVESTIMENTI | |
| Premessa: unificazione aziende a livello prov.le / integrazione a livello metropolitano | | | | | | | | | | | | | |
| 1. OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.1 Integrazione Metropolitana e riordino dell'assistenza ospedaliera | solo AOU BO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Riordino dell'assistenza ospedaliera | | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Riavvio dell'attività sanitaria ordinaria garantendo il rispetto delle condizioni di sicurezza | | INDIRETTO | | | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Predisposizione ed attivazione del piano di riorganizzazione per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva | | | | | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Riduzione dei tempi di attesa | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Garanzia dell'accesso in emergenza urgenza | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Assistenza oncologica | | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Ridefinizione dell'assistenza in ambito ortopedico | solo IOR | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Rete delle cure palliative pediatriche (CPP) della Regione Emilia-Romagna | solo AUSL BO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | |
| Sicurezza delle cure | | | | | | PRINCIPALE | | | | | | | |
| Il nuovo ospedale | solo AUSL PC e RO | | | | INDIRETTO | | | | | | | | PRINCIPALE |
| Invio di tutti i referti ospedalieri e territoriali al Fascicolo Sanitario Elettronico | | INDIRETTO | | | | | | | | | | | PRINCIPALE |
| Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale | anticipato qui per AOU PR e MO | INDIRETTO | INDIRETTO | | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | | | | | |
| 1.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio | solo titolo (tranne AUSL MO) | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | INDIRETTO | | | | | | |
| Completamento del programma di realizzazione delle case della salute e degli OSCO incluse le attività di monitoraggio e valutazione previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 | | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Facilitazione all'accesso appropriato alle prestazioni di specialistica ambulatoriale | | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | | |
| 1.2 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero programmato e di emergenza urgenza | solo AOU BO | PRINCIPALE | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | | | | |
| Rafforzamento delle attività di prevenzione e cura nell'ambito materno-infantile e pediatrico | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Sviluppo degli ambulatori della cronicità e investimento sulla figura dell'infermiere di comunità | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Sviluppo delle cure domiciliari | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Sviluppo della rete di cure palliative | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Sviluppo della medicina di iniziativa | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | | |
| Sviluppo progetti di Telemedicina e Teleconsulto attraverso la piattaforma di telemedicina regionale | | INDIRETTO | INDIRETTO | | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | | | | | |
| Progetti per l'innovazione nell'ambito dell'assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | INDIRETTO | | | | | | |
| Percorsi di assistenza protesica | | PRINCIPALE | INDIRETTO | | | | INDIRETTO | | | | | | |

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 1: Collegamento tra Obiettivi di mandato dei Direttori Generali e Dimensioni/Aree della performance 2021-2023

| Obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina) | Note | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI | | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------|--|--|--------------------------|--|---|-----------------------------------|---|-------------------------|
| | | AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA | AREA DELL'INTEGRAZIONE | AREA DEGLI ESITI | AREA DELLA PRODUZIONE | AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO | AREA DELL'ORGANIZZAZIONE | AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA | AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA | AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO | AREA ECONOMICO-FINANZIARIA | AREA DEGLI INVESTIMENTI |
| Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità territoriale-ospedale | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | | INDIRETTO | | | | | | |
| Promozione della partecipazione e della responsabilizzazione dei cittadini attraverso strumenti e modelli che consentano anche di ridurre distanze e disuguaglianze. | | PRINCIPALE | INDIRETTO | | | | INDIRETTO | | | | | |
| 1.3 Rafforzamento del Dipartimento di Sanità Pubblica, prevenzione e promozione della salute | | | INDIRETTO | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | |
| 1.4 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, territoriale e farmaceutico | solo titolo | | | | | | | | | | | |
| Assistenza perinatale | | | INDIRETTO | INDIRETTO | | PRINCIPALE | | | | | | |
| Appropriatezza farmaceutica | | | INDIRETTO | | | PRINCIPALE | | | | | | |
| 1.5 Assistenza farmaceutica | solo titolo | | | | | | | | | | | |
| Completamento del programma di attuazione delle farmacie dei servizi | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | | | | | | | | |
| 1.6 Integrazione sociosanitaria | solo titolo | | | | | | | | | | | |
| Partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti | | | PRINCIPALE | | | | | | | | | |
| Rafforzamento e qualificazione dell'offerta residenziale di lungoassistenza | | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | | | | | |
| Governo della rete dei servizi socio-sanitari per disabili con particolare riferimento ai Programmi regionali per la Vita Indipendente e all'attuazione del programma regionale sul 'Dopo di noi' per l'assistenza alle persone con grave disabilità | | | PRINCIPALE | | | | | | | | | |
| 1.7 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico | | | | | | PRINCIPALE | | | | | | |
| 1.5 Attività di ricerca | solo AOU e IOR | | | | | | | | PRINCIPALE | | | |
| 1.8 Azioni a supporto dell'equità | | PRINCIPALE | INDIRETTO | | | | | | | | | |
| 1.9 Azioni per la tutela della salute degli operatori della sanità | solo AUSL e IOR | | | | | PRINCIPALE | | | | | | |
| 1.6 Attività di prevenzione e promozione della salute, di tutela della salute dei lavoratori della sanità | solo AOU | | | | | PRINCIPALE | | | | | | |
| 1.10 Progetto "Romagna salute" | solo AUSL RO | | | | | | | | PRINCIPALE | | | |
| 2. OBIETTIVI DI SOSTENIBILITÀ E GOVERNO DEI SERVIZI | solo titolo | | | | | | | | | | | |
| 2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario | | | | | | | | | | | PRINCIPALE | |
| 2.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione della spesa | | | | | | | | | | | PRINCIPALE | |
| 2.2 Percorsi di razionalizzazione integrazione ed efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Servizio Sanitario Regionale | | | | | | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | |
| 2.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende | solo AUSL MO e AOU BO | | | | | | PRINCIPALE | | INDIRETTO | | | |
| 2.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi | solo titolo (tranne AUSL MO e AOU BO) | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| Sviluppo progetti ICT in piena coerenza al "Piano per l'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2020-2022" | | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | PRINCIPALE | | | | | |

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 1: Collegamento tra Obiettivi di mandato dei Direttori Generali e Dimensioni/Aree della performance 2021-2023

| Obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali (cfr. allegati alle delibere di nomina) | Note | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'UTENTE | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI | | | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E DELLO SVILUPPO | | DIMENSIONE DI PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITÀ | |
|--|----------------|---------------------------------------|------------------------|------------------|--|--|--------------------------|--|---|-----------------------------------|---|-------------------------|
| | | AREA DELL'ACCESSO E DELLA DOMANDA | AREA DELL'INTEGRAZIONE | AREA DEGLI ESITI | AREA DELLA PRODUZIONE | AREA DELLA APPROPRIATEZZA, QUALITÀ, SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHIO CLINICO | AREA DELL'ORGANIZZAZIONE | AREA DELL'ANTICORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA | AREA DELLA RICERCA E DELLA DIDATTICA | AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO | AREA ECONOMICO-FINANZIARIA | AREA DEGLI INVESTIMENTI |
| Sviluppo dei progetti ICT: rete FSE; integrazione socio-sanitaria | | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| Innovazione dei sistemi per l'accesso | | INDIRETTO | INDIRETTO | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| 2.4 Governo degli investimenti e razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio e tecnologico | | | | | | | | | | | | PRINCIPALE |
| 2.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio ediliziotecnologico e governo degli investimenti | | | | | | | | | | | | PRINCIPALE |
| 2.5 Governo delle risorse umane | | | | | | | INDIRETTO | | | | PRINCIPALE | |
| 2.6 Attività di ricerca | per AUSL IRCCS | | | | | | | | PRINCIPALE | | | |
| 2.6 Adempimenti agli obblighi per la corretta gestione dei flussi informativi | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| 2.6 Adempimenti nei flussi informativi | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| Raccolta dei dati, consolidare i sistemi informativi, i registri e le sorveglianze | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati, verso il livello nazionale che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LEA | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| Trasmissione tempestiva e completa dei flussi informativi e dei dati verso le banche dati attivate a livello regionale | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |
| 2.7 Valorizzazione del capitale umano | | | | | | | | | | PRINCIPALE | | |
| 2.8 Valorizzazione dei servizi della ricerca scientifica | solo IOR | | | | | | INDIRETTO | | PRINCIPALE | | | |
| 2.8 Azioni per lo sviluppo sostenibile | | | | | | | | | | | | PRINCIPALE |
| 2.9 Promozione delle misure volte a contrastare i fenomeni corruttivi, promuovere la trasparenza e implementare la funzione aziendale di audit | | | | | | | INDIRETTO | PRINCIPALE | | | | |
| POLA - Piano Organizzativo Lavoro Agile (rif. art. 14 Legge n. 124/2015, come modificato da art. 263 D.L.34/2020) | | | | | | | PRINCIPALE | | | | | |

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 2: Indicatori della performance

| DIMENSIONE | AREA | DESCRIZIONE | FONTE | RIFERIMENTO NORMATIVO | RIFERIMENTO REGIONALE |
|------------------|--------------------------|---|-------------------|-------------------------------|-----------------------|
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 gg | MAPS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 gg | MAPS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa ex ante: prestazioni di classe di priorità B prospettati in sede di prenotazione entro 10 gg | MAPS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità D garantite entro i tempi (P) (NSG) | ASA | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa ex-post: prestazioni della classe di priorità B garantite entro i tempi (P) (NSG) | ASA | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % prescrizioni di visite di controllo da parte del medico specialista sul totale prescrizioni di visite di controllo | ASA | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % ricette dematerializzare sul totale ricette rosse e dematerializzate (specialistica ambulatoriale) | ARMP | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % accessi con permanenza <6 +1 ore in PS con più di 45.000 accessi | PS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % accessi con permanenza < 6 +1 ore in PS con meno di 45.000 accessi | PS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Indice di filtro del PS | PS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tasso std di accessi in PS | PS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % di abbandoni da PS | PS | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso | 118 | Indicatore NSG CORE (D09Z) | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tasso std di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti | SDO | Indicatore NSG CORE (H01Z) | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 gg | SDO | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 gg | SDO | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: % casi entro la classe di priorità assegnata | SDO | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti | SISM | | SI |
| UTENTE | ACCESSO E DOMANDA | % di prese in carico in ADI entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera | ADI | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | SDO | Indicatore NSG CORE (D03C) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | SDO | Indicatore NSG CORE (D04C) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso dimissioni protette (dimessi con età >=65 anni) | SDO | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso std di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni | SDO | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria | SDO | Indicatore NSG CORE (D27C) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti | SDO | Indicatore NSG NO CORE (D29C) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) | PS | Indicatore NSG NO CORE (D05C) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 75 anni | ADI | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di ricovero pazienti seguiti in ADI | ADI | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | ADI | indicatorie NSG CORE (D22Z) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | N° ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è <= 7 gg | HOSPICE | Indicatore NSG NO CORE (D32Z) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | % deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore | HOSPICE, ADI, REM | Indicatore NSG CORE (D30Z) | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | % IVG medica sul totale IVG | IVG | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | % di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane | IVG | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | % re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO | SIRCO | | SI |
| UTENTE | INTEGRAZIONE | Numero di anziani con età >=75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1,R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti | FAR | | SI |
| UTENTE | ESITI | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | SDO | Indicatore CORE NSG (H05Z) | SI |
| UTENTE | ESITI | Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dall'intervento | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni dall'intervento | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni per IMA | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | % di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico | SDO | Indicatore NSG NO CORE (H23C) | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata | SDO | Indicatore NSG NO CORE (H24C) | SI |
| UTENTE | ESITI | % interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con attività superiore a 90 casi annui | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | % interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con attività superiore a 135 casi annui | SDO | Indicatore NSG CORE (H02Z) | SI |
| UTENTE | ESITI | % di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | % di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | % di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali | SDO | | SI |
| UTENTE | ESITI | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | SDO | Indicatore NSG CORE (H13C) | SI |
| UTENTE | ESITI | % di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno | SDO | Indicatore NSG CORE (H17C) | SI |
| UTENTE | ESITI | % di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno. | SDO | Indicatore NSG CORE (H18C) | SI |
| UTENTE | ESITI | Tasso di amputazioni maggiori o minori in pazienti diabetici | SDO | PNE | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini | | indicatore CORE NSG (P02C) | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani | | Indicatore NO Core NSG (P06C) | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi nei bambini | | Indicatore NO Core NSG (P04C) | SI |

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 2: Indicatori della performance

| DIMENSIONE | AREA | DESCRIZIONE | FONTE | RIFERIMENTO NORMATIVO | RIFERIMENTO REGIONALE |
|------------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini | | indicatore CORE NSG (P01C) | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | % aziende con dipendenti ispezionate | | Ex GRIGLIA LEA | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | % cantieri ispezionati | | Ex GRIGLIA LEA | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (45 - 74 anni) | | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25 - 64 anni) | | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50 - 69 anni) | | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | | indicatore CORE NSG (P10Z) | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Prevenzione | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | | indicatore CORE NSG (P12Z) | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | Tasso std di prevalenza x 1.000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti | SISM | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Neuropsichiatria Infantile | NPIA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | % di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza | CEDAP | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | % di donne gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita | CEDAP | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | % di donne straniere gravide nullipare che frequentano il corso di preparazione alla nascita | CEDAP | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | % utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) | SICO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti | GRAD | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Territorio | Tasso std di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Dipendenze Patologiche | SIDER | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Ospedale | Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa provincia | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Ospedale | Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Stessa Regione | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Ospedale | Indice di Dipendenza della Struttura dalla Popolazione - Fuori regione | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Ospedale | Indice di case mix degenza ordinaria | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | PRODUZIONE - Ospedale | Indice Comparativo di Performance (ICP) | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario | SDO | Indicatore CORE NSG (H04Z) | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Tasso di ricoveri diurno di tipo medico - diagnostico in rapporto alla popolazione residente | SDO | indicatore NO CORE NSG (H06Z) | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente | SDO | indicatore NO CORE NSG (H07Z) | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici | SDO | Indicatore NO core NSG (H15S) | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Indice di consumo standardizzato per visite oggetto di monitoraggio | ASA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Indice di consumo standardizzato per prestazioni di diagnostica oggetto di monitoraggio | ASA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Consumo di prestazioni di RM osteoarticolare in pazienti anziani con più di 65 anni per 1.000 abitanti | ASA | indicatore NO CORE NSG (D13C) | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS | FAR-PS | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | % persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni | FAR-SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | % nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria | FARMACEUTICA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO | Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti | FARMACEUTICA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % referti di laboratorio prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale | FSE-ASA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % referti di specialistica e radiologia prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale | FSE-ASA | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % referti di pronto soccorso prodotti secondo lo standard CDA2 e firma digitale | FSE-PS | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % lettere di dimissione ospedaliera prodotte secondo lo standard CDA2 e firma digitale | FSE-SDO | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % lavoratori agili effettivi / totale lavoratori | GRU (da attivare a partire dal 2022) | POLA | SI |

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE E NEGLI ENTI DEL SSR
Allegato 2: Indicatori della performance

| DIMENSIONE | AREA | DESCRIZIONE | FONTE | RIFERIMENTO NORMATIVO | RIFERIMENTO REGIONALE |
|------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali | GRU (da attivare a partire dal 2022) | POLA | SI |
| PROCESSI INTERNI | ORGANIZZAZIONE | % Giornate lavoro agile / giornate lavorative totali | GRU (da attivare a partire dal 2022) | POLA | SI |
| PROCESSI INTERNI | ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza | | | SI |
| PROCESSI INTERNI | ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA | % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali | | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | Numero medio di pubblicazioni per ricercatore | | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | Impact Factor normalizzato | | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | N. trial clinici approvati dal CE | SIRER | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | N. studi osservazionali approvati dal CE | SIRER | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | N. trial clinici attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione) | SIRER | | SI |
| INNOVAZIONE E SVILUPPO | RICERCA E DIDATTICA | N. studi osservazionali attivi sul totale studi attivi (a 5 anni dall'attivazione) | SIRER | | SI |
| SOSTENIBILITA' | INVESTIMENTI | Rispetto del Piano investimenti | | | NO |
| SOSTENIBILITA' | INVESTIMENTI | % grandi apparecchiature con età <= 10 anni | | | NO |
| SOSTENIBILITA' | INVESTIMENTI | Investimenti in tecnologie informatiche | | | NO |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti | | | NO |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | % di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza | AFT - FED | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Spesa farmaceutica territoriale pro-capite | AFT - FED | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Tasso di copertura flusso DIME sul conto economico | AFT - FED | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Beni sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | conto economico | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Acquisto di servizi sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | conto economico | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Acquisto di servizi non sanitari sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | conto economico | | SI |
| SOSTENIBILITA' | SOSTENIBILITA' ECONOMICO FINANZIARIA | Costo risorse umane sul valore della produzione (Ricavi con mobilità) | conto economico | | SI |

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/728

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/728

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 819 del 31/05/2021

Seduta Num. 26

OMISSIS

L'assessore Segretario

Felicori Mauro

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

L'Amministrazione Regione Emilia Romagna [cod. r_emiro], Area Organizzativa Omogenea Giunta [cod. AOO_EMR], Vi invia tramite Casella Istituzionale la documentazione di cui siete destinatari e che è stata registrata in uscita come Prot. 24/06/2021.0615605.U.

con oggetto:

Trasmissione Deliberazione di Giunta regionale n. 819 del 31 maggio 2021

La verifica della firma digitale e la successiva estrazione degli oggetti firmati può essere effettuata con qualsiasi software in grado di elaborare file firmati in modo conforme alla Deliberazione CNIPA 21 maggio 2009, n. 45. Un elenco di produttori si trova a questa pagina del sito dell'Agenzia per l'Italia digitale: <http://www.agid.gov.it/identita-digitali/firme-elettroniche/software-verifica>

Cordiali saluti.