

# PIANO DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI 2017-2019

Ex. Art. 10 D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150



## **INDICE**

### **PREMESSE**

Finalità

Contenuti

Principi generali

### **1. LA ASL DI RIETI**

1.1 - Chi siamo

1.2 - Il Territorio

1.3 – Il Profilo demografico

1.4 – Il Profilo epidemiologico

1.5 – Le Strutture dell’Azienda

1.6 – Il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice

1.7 – Gli effetti del Sisma

1.8 – L’Assetto organizzativo aziendale

1.9 – L’amministrazione in cifre

1.9.1 – Funzione Ospedaliera

1.9.2 – Funzione Territoriale

1.9.3 – Politiche di Prevenzione

1.9.4 – Le risorse professionali

1.9.5 – L’andamento economico

### **2. DALLA FOTOGRAFIA DELL’AZIENDA AGLI ORIENTAMENTI STRATEGICI DI FONDO PER IL TRIENNIO 2017-2019**

2.1 – Dalle Prospettive alle Performance

2.2 – Le Aree di Performance dell’Azienda

### **3. L’ALBERO DELLE PERFORMANCE**

# PIANO DELLE PRESTAZIONI E DEI RISULTATI

## PREMESSA

### Finalità

Il Piano della Prestazione e dei Risultati è un documento di programmazione aziendale, redatto in attuazione di quanto previsto dal D.lgs. n.150 del 2009 in materia di trasparenza ed integrità della Pubblica Amministrazione e dalla legge della Regione Lazio n. 1 del 2011, con lo scopo di assicurare e garantire elevati standard qualitativi ed economici dei servizi erogati, tramite la valorizzazione delle performance complessive del sistema.

Finalità del Piano della Prestazione e dei Risultati è:

- il miglioramento della qualità dei servizi offerti, la crescita delle competenze professionali attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dall'organizzazione e dai singoli in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;
- rendere partecipe la cittadinanza ed in particolare gli utenti del S.S.R. degli obiettivi che l'Azienda si è data per il prossimo triennio, garantendo trasparenza e ampia diffusione tra cittadini, operatori, utenti, associazioni di volontariato, ecc..

Conseguentemente con questo documento la Direzione Strategica definisce gli obiettivi ed i risultati attesi a seguito delle proprie scelte gestionali tenendo sempre presenti il quadro delle compatibilità economiche ed i vincoli di sistema.

Il Piano ha quindi lo scopo di:

- soddisfare i bisogni di salute della collettività;
- potenziare la cultura della performance e della valutazione;
- *accrescere* il senso di responsabilità, di appartenenza e di identità degli operatori dell'Azienda chiamati a condividere un progetto comune, con l'idea che un forte coinvolgimento degli operatori aumenta l'impegno nella gestione aziendale. ***È necessario che chiunque comprenda come il proprio compito contribuisce al risultato strutturale e aziendale.***

La stessa redazione e pubblicazione sul sito web aziendale rappresentano un'opportunità di confronto con *i cittadini e le Istituzioni* sugli obiettivi allo scopo di migliorare le nostre attività e rispondere in modo sempre più confacente alle attese dei nostri utenti.

## Contenuti

Il Piano è la fase iniziale del ciclo della performance che verrà successivamente promossa attraverso:

- l'assegnazione/negoziazione degli obiettivi organizzativi ed individuali al personale dirigenziale e del comparto,
- l'implementazione delle azioni programmatiche,
- il monitoraggio periodico,
- la valutazione della performance organizzativa ed individuale,
- l'eventuale adozione di interventi correttivi,
- la rendicontazione finale.

In quanto atto di programmazione di medio periodo, il Piano della Prestazione e dei Risultati è oggetto di revisione annuale in relazione a:

- **nuovi obiettivi** definiti a livello regionale;
- **modifiche** del contesto interno ed esterno di riferimento;
- **modifiche** della struttura organizzativa dell'Azienda nonché delle modalità organizzative e di funzionamento della stessa.

Il Piano della Prestazione e dei Risultati, *coerentemente con le risorse assegnate a Bilancio e nel rispetto dei vincoli dettati dal Piano di Rientro della Regione Lazio*, definisce le performance attese a fronte degli obiettivi individuati per le diverse aree strategiche aziendali ed esplicita il legame esistente tra i bisogni della collettività, la Missione istituzionale dell'Azienda e gli obiettivi che la stessa intende perseguire attraverso le proprie articolazioni organizzative.



## Principi generali

Il Piano della Prestazione e dei Risultati della ASL di Rieti si ispira ai seguenti principi:

1. **Principio di trasparenza.** Secondo quanto previsto dall'art.11, co.3 del D.Lgs 150/2009: “Le amministrazioni pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo della performance”. A tal fine il Piano è pubblicato sul sito istituzionale della ASL di Rieti in apposita sezione, di facile accesso e consultazione.
2. **Principio della verificabilità degli obiettivi.** Gli obiettivi che vengono posti con il presente Piano della Prestazione e dei Risultati devono essere oggettivamente verificabili e misurabili attraverso una serie di indicatori numerici/economici.
3. **Principio della intelligibilità, della veridicità e verificabilità.** Al fine di garantire la facilità di comprensione agli interlocutori interni ed esterni il Piano viene redatto secondo una struttura multi livello prevedendo una parte principale e relativi allegati, nei quali sono esplicitati alcuni contenuti e approfondimenti tecnici.
4. **Principio di coerenza interna ed esterna.** Al fine di rendere il Piano effettivamente attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento esterno e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali e finanziarie) disponibili.
5. **Principio della partecipazione.** Il processo di costruzione della performance consegue ad un percorso di condivisione degli obiettivi con tutti gli operatori che operano all'interno dell'azienda.



# 1. LA ASL DI RIETI

## 1.1 - Chi siamo

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti è stata istituita con la Legge 16 giugno 1994, n. 18 della Regione Lazio.

Il sito internet istituzionale è il seguente: [www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)

Il logo aziendale ufficiale è quello di seguito raffigurato:



Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

L'Azienda è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Lazio.

In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.



## 1.2 - Il Territorio

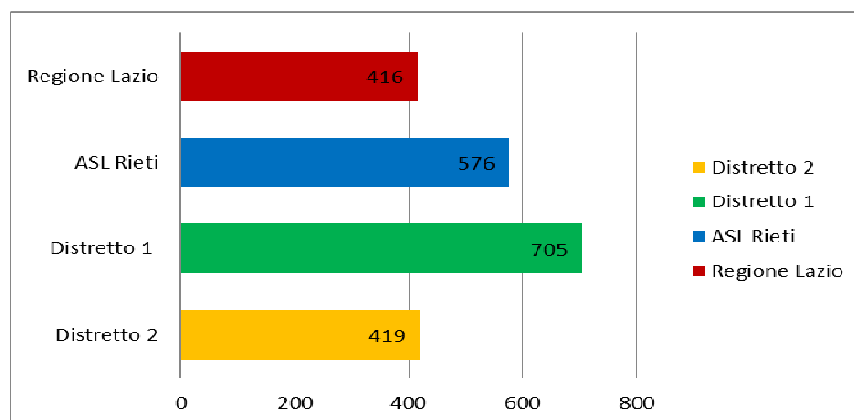
Il territorio della Asl di Rieti coincide con quello della Provincia (158.467 abitanti al 01/01/2016 – Fonte ISTAT): si estende su una superficie di 2.749 Km<sup>2</sup> e comprende 73 comuni, 297 frazioni e 600 case sparse. Il territorio provinciale è prevalentemente montuoso (70% circa del territorio), con un'altitudine media di 580 slm. È caratterizzato dai Monti della Duchessa e Monti del Cicolano a sud (gruppo del Monte Nuria e di Monte Giano), dai Monti Reatini con il Monte Terminillo (2.217 metri s.l.m.) a nord, dai Monti della Laga (2.458 metri s.l.m.) ad est al confine con l'Abruzzo e dai Monti Sabini che dividono la Valle Reatina e la Sabina. Il centro del capoluogo sorge su una piccola collina al margine di un'ampia conca denominata Piana Reatina, che si estende per circa 90 Km<sup>2</sup>.



L'ampia conca è solcata dai fiumi Turano, Salto e Velino che costituiscono un reticolo fluviale connesso al sistema dei laghi Lungo, Ripasottile e Ventina. Il reticolo idrico è completato dal bacino del fiume Tronto.

La Piana Reatina anticamente era occupata dalle acque del Lacus Velinus che fu bonificato in età romana con l'apertura della Cascata delle Marmore. Notevole è dunque la presenza idrica nella provincia: oltre alle sorgenti del Peschiera, si registra la presenza di 11 laghi di cui particolarmente importanti i due laghi artificiali del Salto e del Turano.

Sono numerose le aree protette nel territorio provinciale (Parco Naturale dei Monti Lucretili, Riserva Montagne della Duchessa, Riserva Naturale Monte Navegna e Monte Cervia, Parco Nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga, Riserva Naturale dei Laghi Lungo e Ripasottile, parte della Riserva Tevere - Farfa).

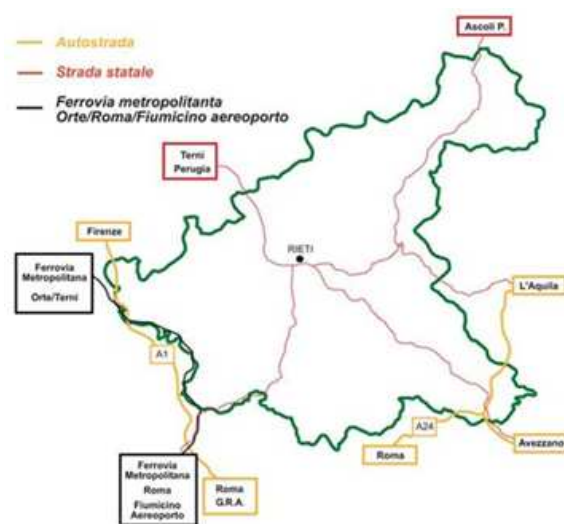


Altitudine media (mt slm) Italia, Regione Lazio, Provincia di Rieti- Fonte ACeSIS



A causa della sua particolare conformazione orografica, prevalentemente montuosa, e della sua posizione geografica, al centro d'Italia, la provincia di Rieti, con l'85% di strade di montagna, sconta diversi problemi di viabilità legati ai diversi tipi di infrastrutture di trasporto presenti sul territorio (ferrovie, aeroporti, rete stradale).

La situazione delle infrastrutture di trasporto evidenzia l'enorme difficoltà nei collegamenti con l'esterno, ma anche all'interno della Provincia stessa. Ciò ha portato nel tempo ad un **progressivo spopolamento delle aree montane**, soprattutto a causa dei molti giovani che hanno preferito trasferirsi nei centri più grandi, in particolare nel capoluogo, e fuori provincia.



Con il nuovo Atto Aziendale, redatto da questa Direzione e approvato dalla Regione Lazio nell'aprile 2015, l'Azienda si è impegnata nella riduzione dei Distretti Sanitari da 5 a 2, pur salvaguardando la distribuzione dei servizi sul territorio in un'ottica di prossimità delle cure. Tale riduzione ha comportato una ridefinizione della *governance* complessiva dell'assistenza territoriale e delle aree di responsabilità separando quelle del Distretto Sanitario, sede della committenza, da quelle dell'area delle Cure primarie, sede dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

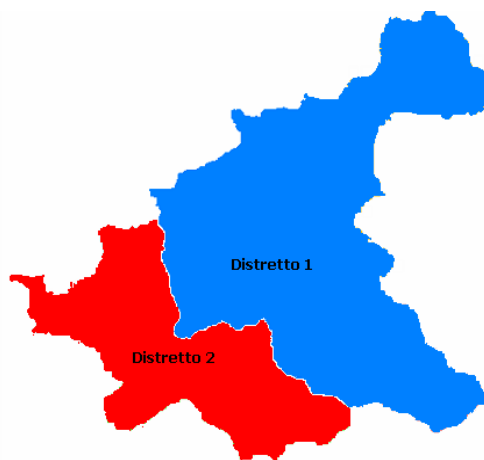
I **due Distretti** in cui si articola la ASL di Rieti sono:

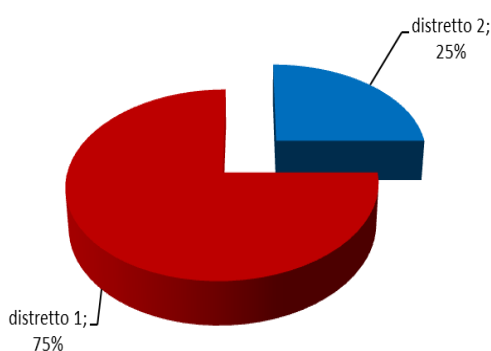
***Distretto n. 1***

Rieti - Antrodoco - Sant'Elpidio

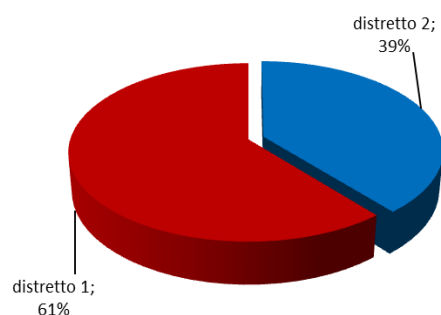
***Distretto n. 2***

Mirtense - Salario





Territorio provinciale per Distretto - Fonte ACeSIS

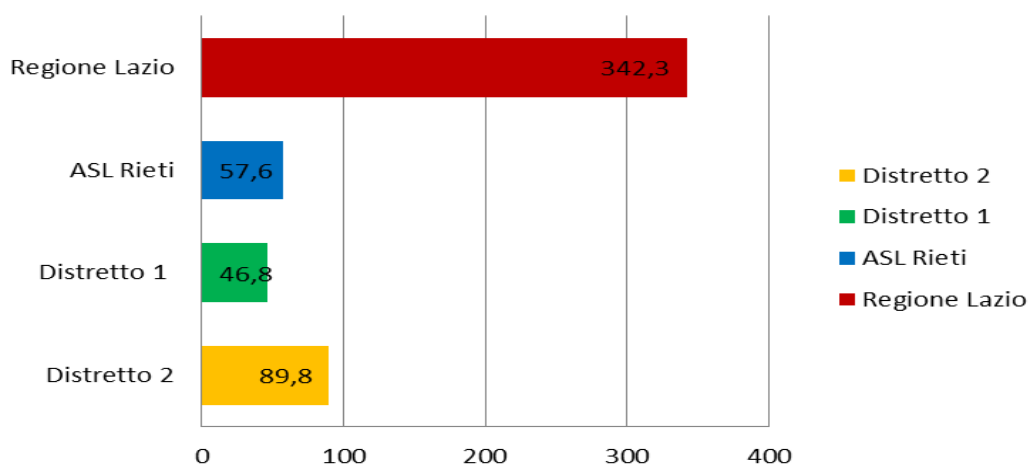


Popolazione provinciale per Distretto - Fonte ACeSIS

Il 61% circa della popolazione della provincia risiede nel territorio di competenza del Distretto n.1 (Rieti-Antrodoco-S.Elpidio) mentre il restante 39% risiede nel Distretto n.2 (Salario-Mirtense)

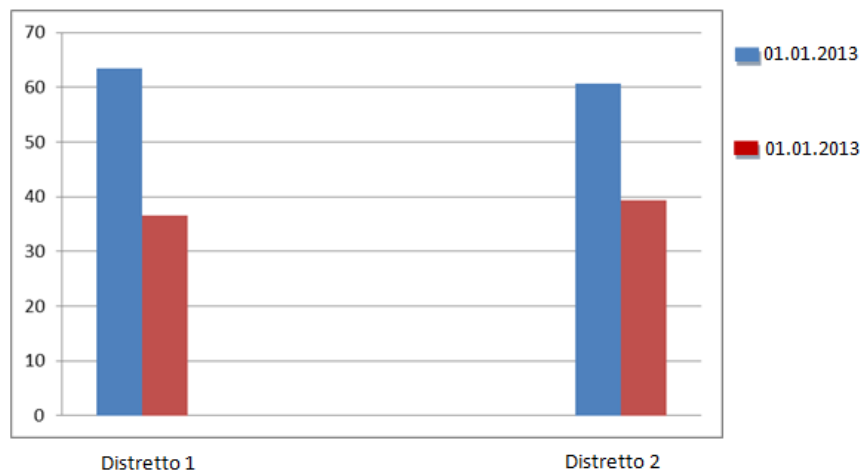
Il Distretto n.1 (altitudine media 705m slm, densità 46,8 ab/kmq) presenta una situazione territoriale assai disomogenea che vede, accanto all'ampia pianura e alle zone collinari che circondano il capoluogo, estese zone montuose, ove la popolazione è assai dispersa (circa 20 ab/Kmq). Risulta, invece, più omogenea la situazione territoriale del Distretto n.2 (altitudine media 419m slm, densità 89,8 ab/Kmq), ove la popolazione è meno dispersa.

La densità abitativa della provincia, pari a 57,6 ab/kmq, è comunque molto bassa rispetto a quella regionale (342,3 ab/Kmq).



Densità Abitativa (ab/Kmq) - Fonte ACeSIS

Nell'ultimo decennio si è registrato un quasi costante incremento della popolazione residente nella provincia come conseguenza dell'incremento demografico della Sabina (Distretto n.2) che ha più che compensato un lento e costante decremento della popolazione del Distretto n. 1.



*Trend Popolazione residente nei Distretti - Fonte ACeSIS*

### 1.3 - Il Profilo demografico

Rispetto alla struttura per età, la **popolazione** reatina (dati al 01/01/2016 – Fonte Istat), vede la presenza di un'elevata quota percentuale di anziani. Infatti i residenti ultrasessantacinquenni sono pari al 24,5% in Provincia, con lieve variabilità a livello distrettuale (circa 26% nel Distretto n.1, circa 23% nel Distretto n.2). Queste percentuali sono più basse sia nella Regione Lazio che in Italia (21% e 22,1% rispettivamente).

Gli indici di struttura, al 01/01/2016, nel confronto geografico con le altre province del Lazio, confermano gli **elevati livelli di invecchiamento** della Provincia di Rieti.

L'invecchiamento demografico provinciale è riscontrabile anche dall'analisi della struttura della popolazione, provinciale e distrettuale, per stato civile, dalla quale si rileva un'**elevata presenza di vedovi**, circa il 15% (14,4% nel Distretto n.1 e 12,2% nel Distretto n.2), mentre la percentuale di vedove si aggira intorno al 3%. Si osserva, inoltre, una lieve maggiore presenza di separati/divorziati, di ambo i sessi, nel Distretto n.2.



**Età Media**

**47**

**anni**



**Tasso di natalità**

**7.2/1.000 ab.**



**Ultrasessantacinquenni**

**> 25%**

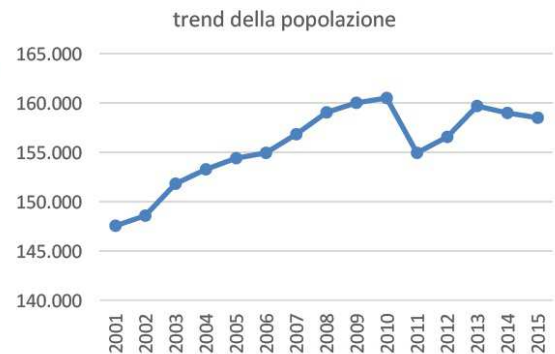
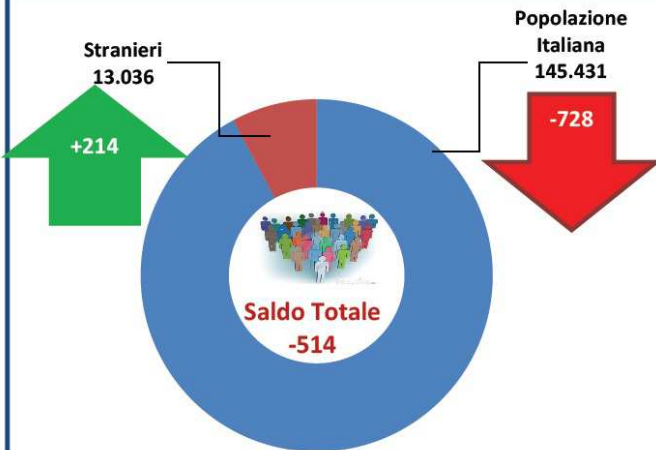


**Cittadini Stranieri:**

**31.4/1.000 ab**



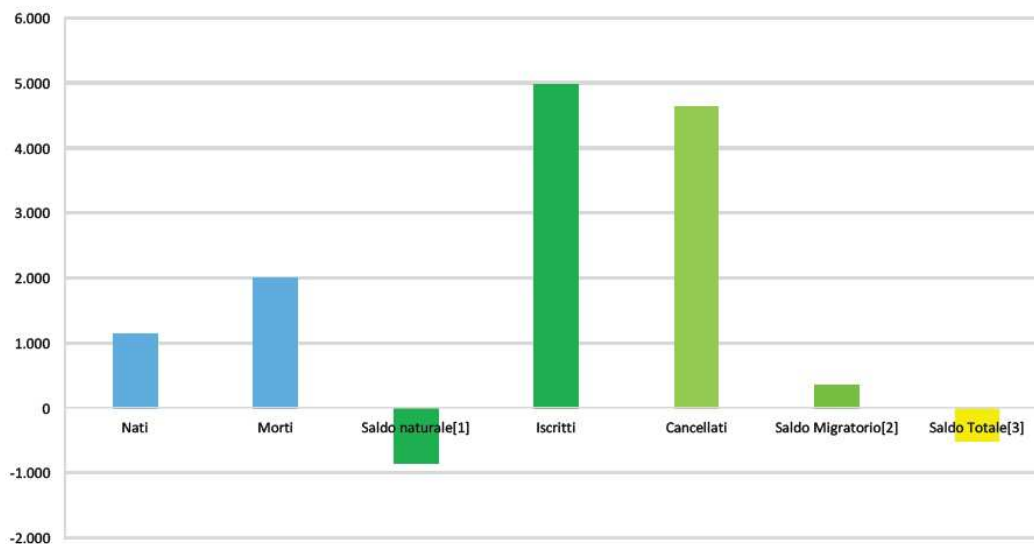
## POPOLAZIONE



- Tasso di Natalità: 7,2‰ (ovvero 79° posto su 110 province)
- Tasso di Mortalità: 12,6‰ (ovvero 23° posto su 110 province)
- Tasso Migratorio: 2,2‰ (ovvero 19° posto su 110 province)
- Tasso di Crescita: -3,2‰ (ovvero 54° posto su 110 province)

Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

## BILANCIO DEMOGRAFICO

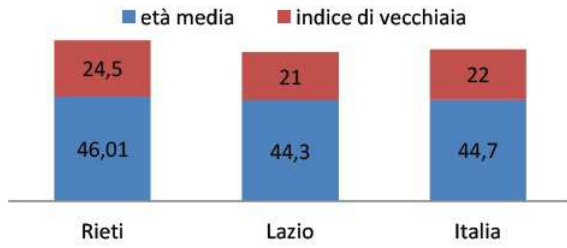


1. Saldo Naturale = Nati - Morti
2. Saldo Migratorio = Iscritti - Cancellati
3. Saldo Totale = Saldo Naturale + Saldo Migratorio
4. Tasso di Natalità = (Nati / Popolazione media) \* 1.000
5. Tasso di Mortalità = (Morti / Popolazione media) \* 1.000
6. Tasso Migratorio = (Saldo Migratorio / Popolazione media) \* 1.000
7. Tasso di Crescita = Tasso di Natalità - Tasso di Mortalità + Tasso Migratorio
8. Indice di Vecchiaia = (Popolazione > 65 anni / Popolazione 0-14 anni) \* 100

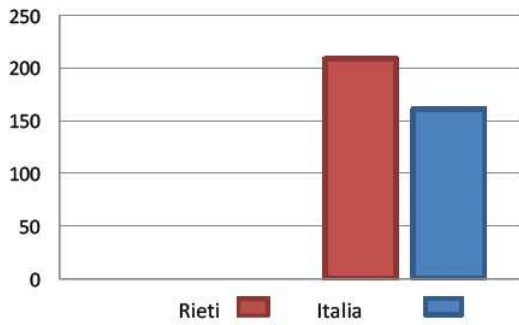
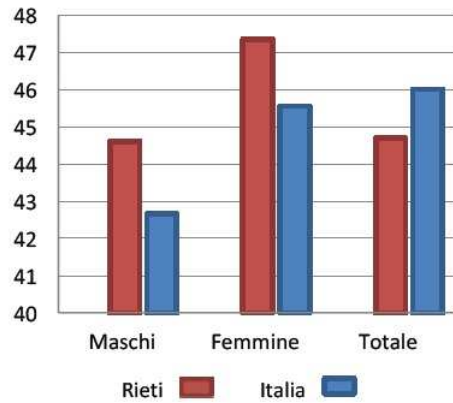
- Tasso di Natalità: 7,2‰ (ovvero 79° posto su 110 province)
- Tasso di Mortalità: 12,6‰ (ovvero 23° posto su 110 province)
- Tasso Migratorio: 2,2‰ (ovvero 19° posto su 110 province)
- Tasso di Crescita: -3,2‰ (ovvero 54° posto su 110 province)

Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

## ETÀ MEDIA E INDICE DI VECCHIAIA

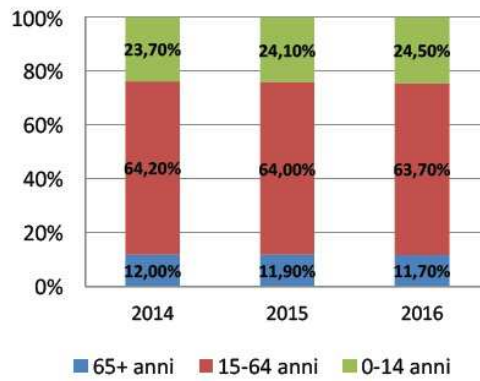
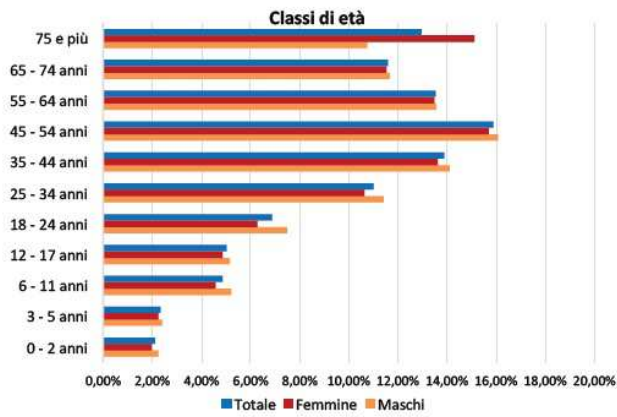


	Maschi	Femmine	Totale
Eta' Media (Anni)	44,61	47,36	46,01
Indice di vecchiaia	-	-	209

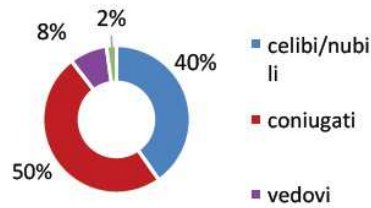


Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

## STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE

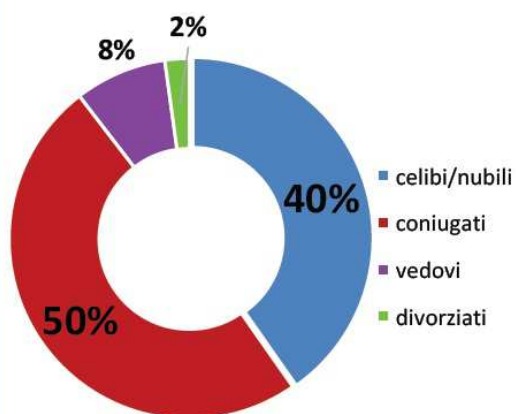


## Stato civile



Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

## STATO CIVILE



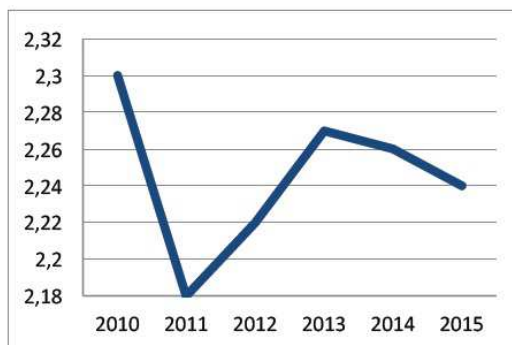
### CLASSIFICHE

- è al 82° posto su 110 province per numero di componenti medi della famiglia
- è al 85° posto su 110 province per % di Celibi/Nubili
- è al 65° posto su 110 province per % di Divorziati/e
- è al 28° posto su 110 province per % di Vedovi/e

## TREND FAMIGLIE

Anno	Famiglie (N.)	Variazione % su anno prec.	Componenti medi
2010	69.791	-	2,3
2011	70.990	1,72	2,18
2012	70.520	-0,66	2,22
2013	70.334	-0,26	2,27
2014	70.452	0,17	2,26

Variazione % Media Annuale (2010/2015): **+0,24**  
 Variazione % Media Annuale(2010/2015): **+0,00**

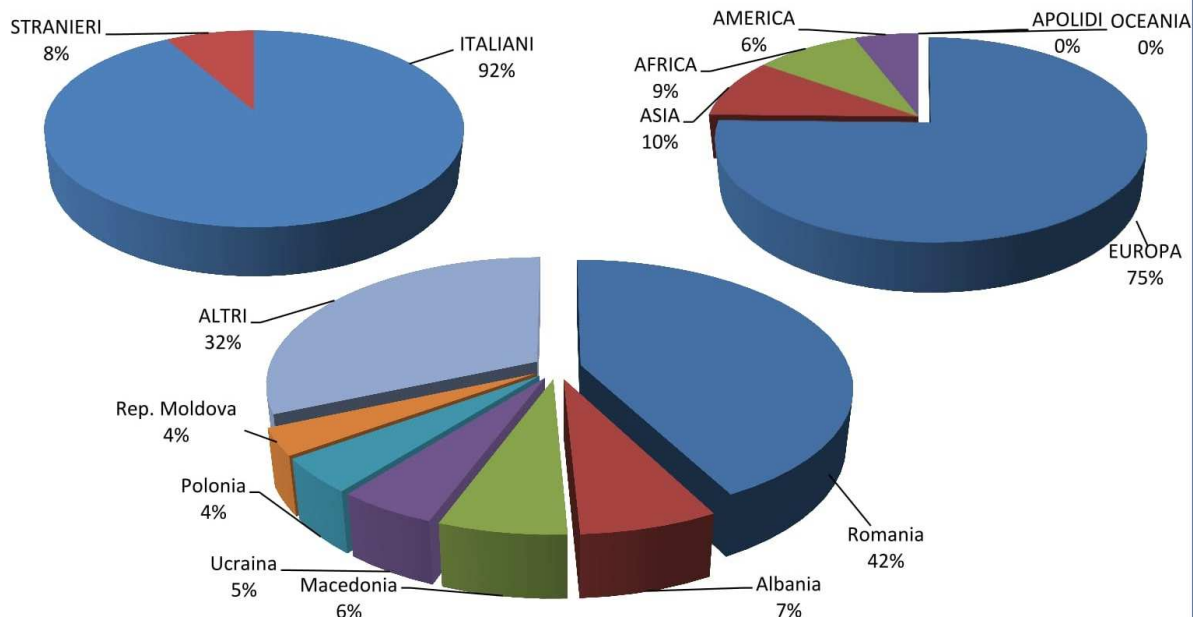


## CITTADINI STRANIERI PROVINCIA DI RIETI 2015

Gli stranieri residenti in provincia di Rieti al 1° gennaio 2015 sono **13.036** e rappresentano l'8,2% della popolazione residente.

- è al 54° posto su 110 province per % di stranieri sul totale della popolazione
- è al 1° posto su 110 province per % di stranieri minorenni
- Tasso di Crescita stranieri[1]: 18,2‰ (ovvero 54° posto su 110 province)

[1]Tasso di Crescita Stranieri = Tasso di Natalità Stranieri - Tasso di Mortalità Stranieri + Tasso Migratorio Stranieri



Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

## 1.4 - Il Profilo epidemiologico

Nell'analisi dei **ricoveri in regime ordinario e in DH**, registrati presso l'Ospedale di Rieti nel 2016 (dato aggiornato al mese di novembre - Fonte ACeSIS) per MDC (categorie diagnostiche principali), sono più frequenti le malattie ed i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del rene e delle vie urinarie.

Patologie	N. Decessi	% Maschi	% Femmine
Malattie del sistema circolatorio	789	45%	55,4%
Tutti i tumori	525	59%	40,8%
Malattie dell'apparato respiratorio	178	51%	48,9%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	102	45%	54,9%
Traumatismi ed avvelenamenti	80	75%	25,0%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	77	48%	51,9%
Malattie dell'apparato digerente	72	50%	50,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	46	54%	45,7%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	41	39%	61,0%
Malattie infettive	24	38%	62,5%
Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	22	50%	50,0%
Disturbi psichici	17	41%	58,8%
Altre cause di morte	28	61%	39,3%
<b>TOTALE</b>	<b>2.001</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>

Fonte dati ACeSIS



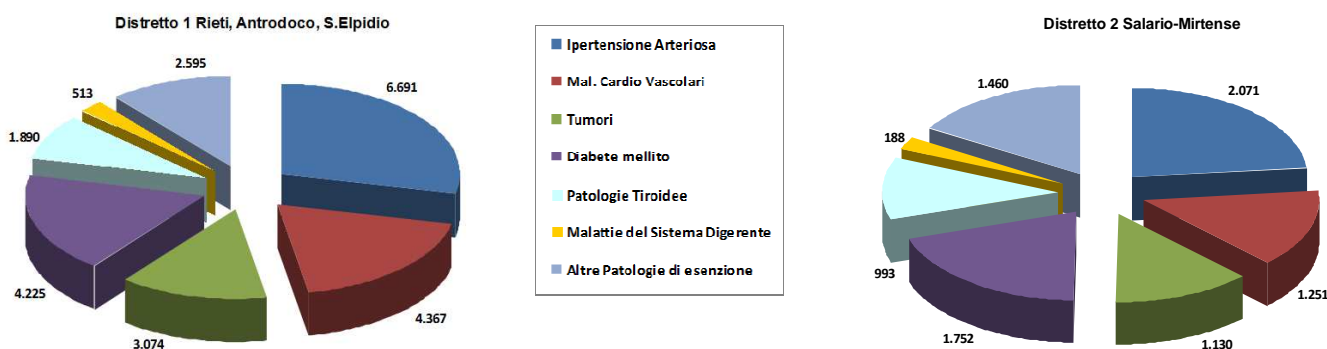
Dall'analisi dei dati di **mortalità** relativi al 2014 si rileva come le **malattie del sistema circolatorio** e i **tumori maligni** rappresentino le principali cause di morte in entrambi i sessi. Seguono, con valori sostanzialmente più bassi, le **malattie dell'apparato respiratorio** ed i **traumatismi** (per i soli maschi).



Entrando nel dettaglio delle **malattie cardiocerebrovascolari**, quelle che causano il maggior numero di decessi nei residenti di ambo i sessi sono le malattie del cuore, quelle ischemiche in particolare, le malattie cerebro-vascolari e l'ipertensione arteriosa.

Per le **patologie neoplastiche**, quelle che causano il maggior numero di decessi nei residenti di sesso *maschile* (27% circa dei decessi nei maschi) sono i tumori di trachea - bronchi - polmoni, del colon-retto, della prostata e di stomaco e pancreas. Nelle *donne* invece, assumono particolare rilievo i tumori della mammella, del colon-retto, di trachea - bronchi - polmoni, di utero-ovaie e di stomaco e pancreas.

Per quanto riguarda le patologie che determinano il maggior numero di **esenzioni** per forme morbose nella provincia di Rieti, dall'analisi dei dati al 01/01/2015 (Fonte ACeSIS), risultano essere l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le patologie cardiocerebrovascolari, le neoplasie maligne, le malattie del sistema digerente e le patologie tiroidee.



Esenzione per patologia – Fonte AceSIS

In estrema sintesi, dall'analisi dei dati relativi al ricorso alle strutture ospedaliere da parte dei reatini emerge, da un lato, il migliore utilizzo del ricovero in regime di day hospital/day surgery per patologie che non necessitano di ricovero ordinario, dall'altro la necessità di un progressivo **spostamento dell'offerta dall'ospedale al territorio** ove si intende incrementare l'assistenza sanitaria in generale e riabilitativa in particolare, necessaria in una popolazione tanto invecchiata e dispersa.

## 1.5 - Le Strutture dell'Azienda

La ASL di Rieti ha una rete molto articolata di offerta assistenziale (polo ospedaliero, poliambulatori, consultori, Casa della Salute, UTR) come da cartina sotto riportata.



Fonte: Atto Aziendale

## 1.6 - Il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice

Il Polo Ospedaliero Unificato Rieti-Amatrice eroga prestazioni sanitarie specifiche in regime di ricovero e ambulatoriale nelle modalità previste dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nel rispetto del Livelli Essenziali di Assistenza e del principio dell'appropriatezza.

Il DCA 368/2014, aggiornato con DCA 412/2014, attribuisce **429 posti letto** al Polo Ospedaliero Unificato, comprensivi dei posti letto di Day Hospital, Day Surgery, Lungodegenza, Recupero e Riabilitazione funzionale.

L'Azienda è inserita nel sistema regionale delle Reti Assistenziali:

Rete	Hub	ASL di Rieti
Emergenza	Policlinico Gemelli	DEA I Livello
Emergenza Pediatrica	Policlinico Gemelli – San Camillo (Roma)	Spoke
Cardiologica	Policlinico Gemelli	E (con p.l. di Cardiologia, UTIC ed Emodinamica)
Ictus	Policlinico Gemelli	Spoke – UTN 1
Trauma grave e Neurotrauma	Policlinico Gemelli	Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (PST)
Perinatale	Policlinico Gemelli	I Livello (in grado di assistere parti a medio rischio e neonati con patologia intermedia)
Malattie emorragiche	Policlinico Umberto 1	Presidio di I Livello
Malattie Infettive	Policlinico Gemelli - Policlinico Umberto 1	Spoke
Oncologica	Policlinico Gemelli	Spoke
Trattamento del dolore cronico non oncologico	Policlinico Tor Vergata	Spoke

Fonte: Sviluppo Strategico e Organizzativo

**Nota:**

**E: con emodinamica**

## 1.7 - Il Sisma

Il quadro finora evidenziato ha subito delle forti trasformazioni a partire dal 24 agosto 2016, quando un sisma di magnitudo 6,0 ha devastato l'area fra Lazio, Marche, Umbria e Abruzzo.

Gravi catastrofi come questa comportano anche risvolti dal lato dell'assistenza sanitaria e sociale, base su cui poggia l'equilibrio della salute di persone anziane e fragili.

Assicurati i primi interventi in emergenza, che hanno visto il trattamento di 270 pazienti presso l'Ospedale de Lellis di Rieti, con contestuale ricovero per 54 di essi, e la gestione di 361 donazioni di sangue in due giorni, l'Azienda ha dovuto riorganizzare interamente la rete dell'assistenza sanitaria per quei territori, vista anche l'inagibilità dell'Ospedale di Amatrice.

Interventi importanti sono stati posti in essere anche in tema di Igiene e Sanità Pubblica e Sicurezza Veterinaria, fra questi:

- delicata e complessa gestione delle salme e controllo dei cimiteri dei Comuni di Amatrice e Accumoli;
- monitoraggi ambientali sull'amianto;
- controllo delle falde acquifere con 41 campionamenti sulle reti idriche;
- gestione degli animali da reddito di circa 470 aziende, per un totale di 10.800 capi;
- gestione degli animali domestici e ricongiungimenti con i proprietari.

Significativa è risultata anche la gestione dei farmaci, in particolare:

- sono stati ricostruiti i data base dei Medici di Medicina Generale con il flusso dei dati dello storico delle prescrizioni farmaceutiche andati distrutti a causa del sisma;
- sono stati messi in sicurezza tutti i farmaci arrivati attraverso le donazioni spontanee;
- sono state ripristinate in brevissimo tempo le tre farmacie rese inagibili dal sisma.

Dopo solo 5 giorni dall'evento sismico, inoltre, sono stati installati, in prossimità dei comuni di Accumoli ed Amatrice, due Posti di Assistenza Socio Sanitaria (PASS) messi a disposizione dalla Protezione Civile e dalla Confederazione delle Misericordie. I PASS sono strutture campali di tipo poliambulatoriale che offrono assistenza sanitaria non urgentistica e che hanno lo scopo di offrire alle popolazioni colpite dal sisma un'assistenza socio-sanitaria di base e tutti gli interventi logistico-organizzativi necessari al ripristino tempestivo ed appropriato delle condizioni di sicurezza e protezione sociosanitaria il più vicino possibile alle condizioni di normalità.

Il PASS “Salaria Nuova” è costituito da moduli shelter indipendenti l’uno dall’altro, il PASS “Amatrice” inizialmente costituito da tende modulari è attualmente in moduli shelter provvisori (a causa delle importanti nevicate che hanno coinvolto l’appennino centrale) in attesa della definitiva realizzazione della struttura in moduli shelter definitivi.

Per realizzare tali strutture è stato necessario:

- il coinvolgimento dei Comuni di Accumoli ed Amatrice, ma anche del DiComaC (Direzione di Comando e Controllo) per l’allocazione dei PASS;
- il coinvolgimento dei 37 Medici di Medicina Generale, dei 14 Pediatri di Libera Scelta e dei professionisti aziendali;
- l’informatizzazione dei PASS;
- la stipula di un Protocollo d’intesa con la Comunità Montana del Velino VI Zona finalizzato a favorire il coordinamento degli interventi di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociali;
- la redazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) sia per i due PASS che per l’unità mobile di oftalmologia;
- l’effettuazione di monitoraggi ambientali per amianto nelle zone dei PASS.

Le attività ad oggi erogate nei due PASS sono riportate nella tabella seguente:

Prestazioni erogate	PASS Amatrice	PASS Salaria
Agosto	/	49
Settembre	2.141	1.253
Ottobre	3.015	1.446
Novembre	3.068	1.305
Dicembre	2.675	967
Gennaio	2.199	1.162
<b>TOTALE</b>	<b>13.098</b>	<b>6.182</b>

Fonte dati: Direttore Sanitario PASS

Questo nuovo tipo di erogazione dell’assistenza sanitaria è una novità modo con cui la ASL di Rieti si deve confrontare e sarà la sfida per i prossimi anni.

## 1.8 - L'assetto organizzativo aziendale

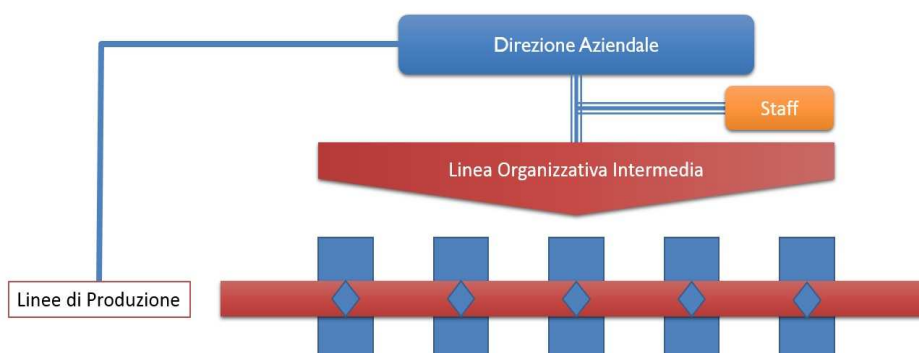
L'assetto organizzativo aziendale è definito:

1. dalla **Struttura Organizzativa** che individua e rappresenta i criteri di specializzazione e di divisione del lavoro, gli ambiti correlati di autonomia e responsabilità organizzativa, le relazioni gerarchiche e le altre relazioni organizzative tra ambiti diversi;
2. dall'insieme dei **Meccanismi Operativi**, ossia dei sottosistemi (metodologie e strumenti) che svolgono un ruolo di attivatori e facilitatori del buon funzionamento della struttura organizzativa.

La **Struttura Organizzativa** aziendale si configura come matriciale o reticolare, in quanto:

1. nella dimensione verticale risponde ad un principio di articolazione della generale Funzione di Governo per macro ambiti gestionali (Aree Strategiche di Attività), individuando i Dipartimenti e i Distretti quali linee intermedie dell'organigramma;
2. nella dimensione orizzontale recepisce le esigenze di integrazione e coordinamento tra i diversi ambiti gestionali attraverso l'individuazione delle Linee di Produzione.

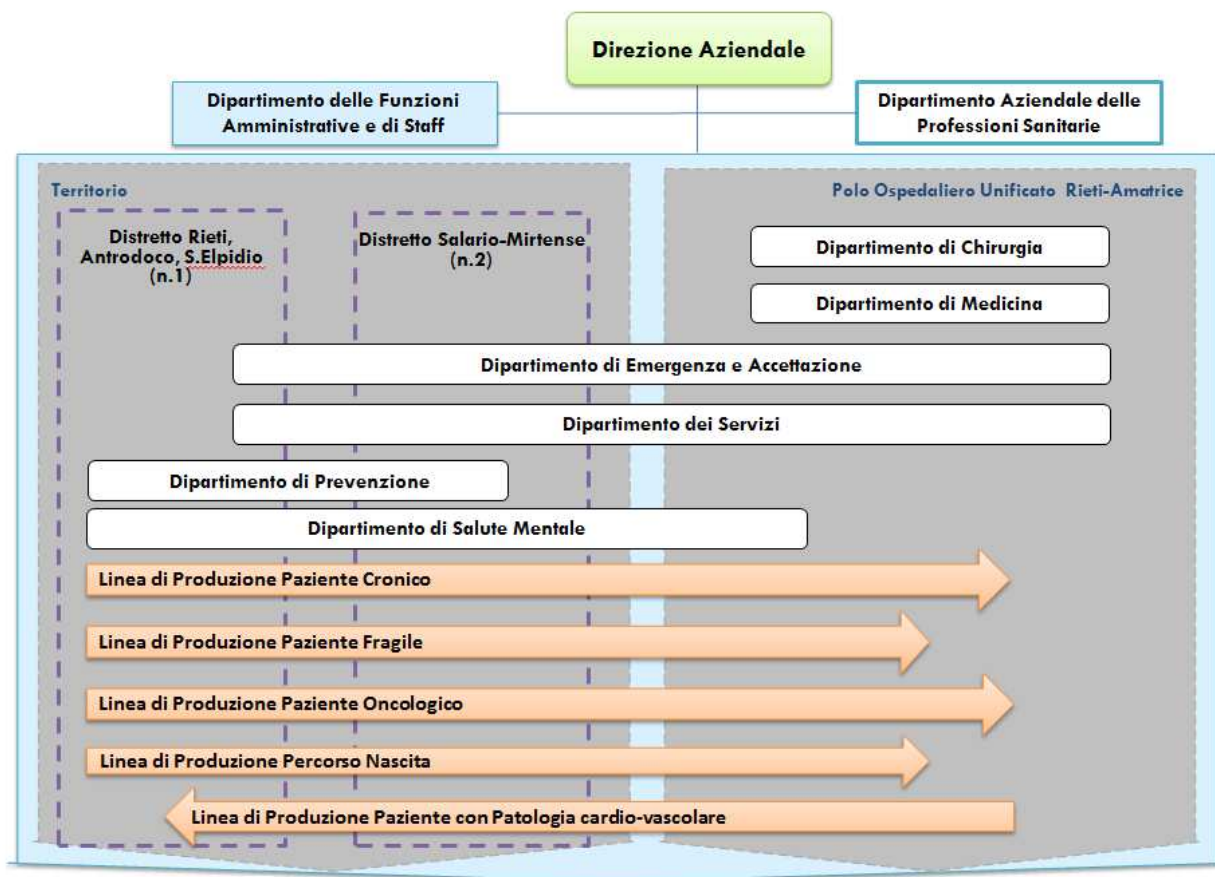
### Schema logico di riferimento per l'assetto organizzativo



Fonte: Atto Aziendale

Con il nuovo Atto Aziendale si è passati da un modello frammentato e iperspecializzato, ad un'organizzazione in cui gli elementi preponderanti sono l'integrazione e il coordinamento.

### Macrostruttura Aziendale



Fonte: Sviluppo Strategico e Organizzativo

Per poter essere al passo con tale contesto evolutivo, l'Azienda si è orientata verso un modello per aree multidisciplinari e intensità di cure, orientato ad organizzare i processi assistenziali per i pazienti pluripatologici e cronici.

Tali forti riorganizzazioni sono sfociate in due modelli organizzativi: il primo, "Week e Long Surgery", dove la risposta clinico assistenziale viene graduata in setting delineati per durata della degenza, con liste operatorie organizzate in base alla classe di priorità dei pazienti; il secondo è il modello



di area medica per intensità di cure, che ha visto il superamento delle aree di degenza per specialità, a favore di un'organizzazione non più articolata in base alla disciplina, ma per aree omogenee secondo un approccio che risponde ai bisogni multidisciplinari del paziente.

Di recente attribuzione anche gli incarichi sulle Linee di Produzione che saranno la sfida per il prossimo triennio e che vedranno i professionisti coinvolti in un importante processo di integrazione ed impulso alle attività trasversali nella logica della presa in carico del paziente.

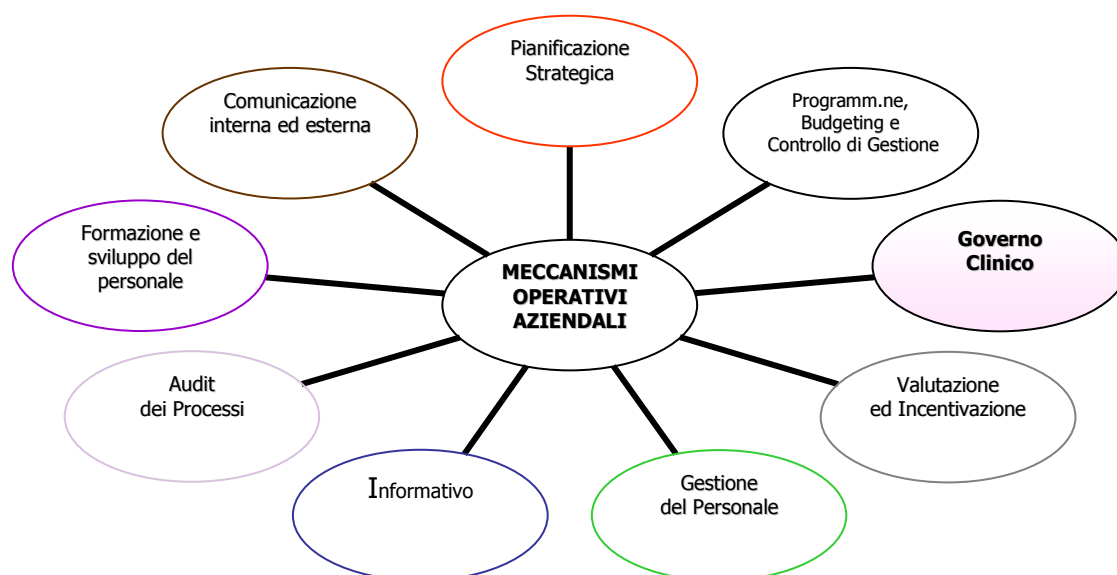
## **I meccanismi operativi**

I principali *Meccanismi Operativi* aziendali sono rappresentati dai seguenti sottosistemi:

- ✓ di Pianificazione Strategica
- ✓ di Programmazione, Budgeting e Controllo della Gestione
- ✓ di *Governo Clinico*
- ✓ di Audit dei Processi
- ✓ Informativo
- ✓ di Gestione del Personale
- ✓ di Valutazione ed Incentivazione
- ✓ di Formazione e Sviluppo Professionale
- ✓ di Comunicazione interna ed esterna

Tra questi il *Governo Clinico* ha rappresentato e rappresenta per l'Azienda un nuovo modo di lavorare che pone il paziente al centro delle attività di cura ed assistenziali.





Fonte: Sviluppo Strategico e Organizzativo

L'introduzione degli strumenti di Governo Clinico ha consentito all'Azienda di ridisegnare *le principali processi clinico-assistenziali* in modo da renderli più **razionali**, più **efficienti** da un punto di vista di impiego delle risorse e più **efficaci** dal punto di vista dei *risultati di salute prodotti*.

In particolare, sono stati introdotti in Azienda:

- ✓ **Standard di Servizio:** documento di accountability di Unità Operativa che ha lo scopo di individuare le attività ritenute più caratterizzanti e sulle quali intraprendere dei percorsi di miglioramento finalizzati a caratterizzare l'Unità Operativa medesima e quindi a promuoverne l'immagine all'esterno;
- ✓ **Healthcare Risk Management:** l'Azienda adotta un approccio organico di azione teso a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività, compresa l'attività di radioprotezione in ottemperanza al D.Lgs. n. 187/2000, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro permanenti e discontinui coordinati dal Clinical Risk Manager;
- ✓ **Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi e le Reti Cliniche:** ossia, ricostruzione, con apposita metodologia, delle fasi del percorso di cura del paziente per determinate patologie (tra i principali: tumore mammella, colon retto, prostata e vescica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ecc.). I Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi vengono di norma elaborati sulle attività individuate come qualificanti dallo Standard di Servizio e rappresentano il percorso di miglioramento che l'Unità Operativa si impegna ad intraprendere;
- ✓ **Audit Clinico e dei Processi:** rappresenta il momento di verifica della corretta applicazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali ed Organizzativi; è una verifica strutturata, periodica, che serve a monitorare il rispetto dei percorsi e, di conseguenza, a prevedere le eventuali azioni di miglioramento da intraprendere.

## 1.9 - L'amministrazione in cifre

### 1.9.1 – Funzione Ospedaliera

#### Le attività in regime di ricovero

La grande variabilità nell'erogazione dei livelli di assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale è un aspetto peculiare del nostro sistema sanitario. Di seguito sono rappresentati i principali indicatori che permettono di meglio comprendere l'erogazione dei servizi sanitari ospedalieri dell'Azienda.

DIMESSI	2014	2015	2016
<b>Dimessi Ordinari</b>	<b>14.100</b>	<b>13.499</b>	<b>12.497</b>
-di cui con DRG medico	77%	75%	73%
-di cui con DRG chirurgico	23%	25%	27%
<b>Dimessi Day Surgery</b>	<b>1.392</b>	<b>1.240</b>	<b>1.366</b>
<b>Dimessi Day Hospital</b>	<b>2.252</b>	<b>2.200</b>	<b>1.300</b>

Fonte dati ACeSIS

Gli interventi sull'appropriatezza hanno determinato un trend in diminuzione dei ricoveri, siano essi in regime ordinario o Day hospital, a favore di un utilizzo dell'attività ambulatoriale e dei pacchetti complessi di prestazioni quale luogo da privilegiare per lo svolgimento di attività sanitarie non strettamente legate all'acuzie.

	2014	2015	2016
<b>Numero ricoveri ordinari</b> (residenti)	12.318	11.633	10.760
<b>Numero ricoveri ordinari</b> (totali)	14.100	13.499	12.479
<b>Peso medio</b>	1,00	1,03	1,06
<b>Numero ricoveri in DH</b> (residenti)	2.745	2.874	2.184
<b>Numero ricoveri in DH</b> (totali)	3.145	3.440	2.666
<b>APA</b>	2.164	2.173	2.465
<b>PAC</b>	687	662	978
<b>Tasso di ospedalizzazione su patologie territoriali</b> (1° semestre):			
- ipertensione	80	100	25
- scompenso	340	380	150
- diabete	205	185	26

Fonte dati ACeSIS

Focus principale per una struttura ospedaliera è il **tasso di ospedalizzazione**, che deve essere inferiore a 160/1.000. L'attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ed il continuo monitoraggio delle degenze, ha prodotto una riduzione progressiva del tasso di ospedalizzazione. Nel 2013 il tasso di ospedalizzazione grezzo era del 185/1.000 ed è progressivamente sceso nel 2016 fino a raggiungere un valore stimato intorno al 160/1.000. Si sottolinea che il dato di stima è verosimilmente sovradimensionato poiché non si dispone ancora del dato di mobilità passiva extraregionale (con un trend in costante diminuzione).

*Tasso di Ospedalizzazione*

Per consentire il raggiungimento di tale obiettivo è necessaria una costante attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ed un monitoraggio continuo delle degenze. Tali attività trovano riscontro principalmente nei seguenti indicatori:

- tasso di ricovero da pronto soccorso
- peso medio aziendale (chirurgico e medico)
- tasso di ricovero per interventi chirurgici

In particolare, elemento di filtro nell'accesso alle prestazioni e di efficienza di un sistema ospedaliero è il tasso di ricovero da Pronto Soccorso.

#### Tasso di ricovero da Pronto Soccorso

2014	2015	2016	Benchmark Regionale
24,9%	25,7%	24,9%	< 18

Fonte dati: ACeSIS

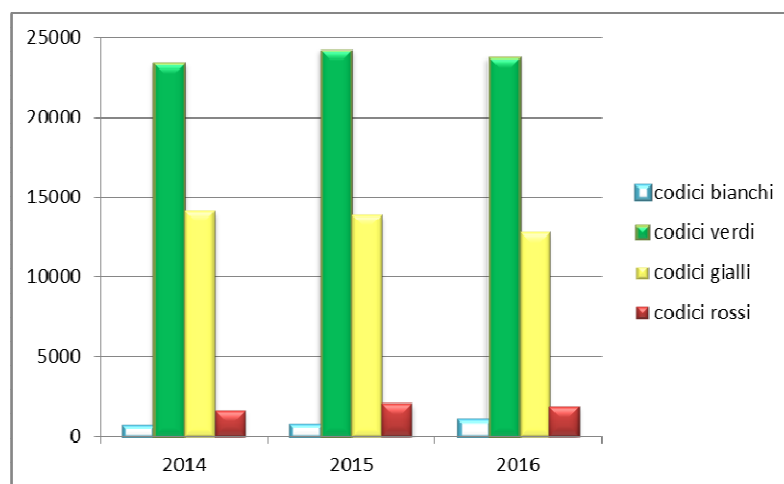
#### Tasso di ricovero da Pronto Soccorso per codice triage

Colori triage	Accessi 2014	% di ricoveri per codice 2014	Accessi 2015	% di ricoveri per codice 2015	Accessi 2016	% di ricoveri per codice 2016
Bianco	575	1,4%	465	1,1%	549	0,5%
Verde	23.390	8,9%	24.215	9,7%	27.740	9,2%
Giallo	14.130	46,2%	13.885	46%	12.789	43,7%
Rosso	1.646	78,6%	2.060	77%	1.890	77,1%

Fonte dati: ACeSIS

Il miglioramento del tasso di ricovero da Pronto Soccorso, sebbene ancora non allineato alla media regionale, è il frutto di importanti azioni poste in essere dall'attuale Direzione che hanno visto nella realizzazione di percorsi di fast truck, nell'implementazione di percorsi per patologie tempo-dipendenti e nel triage avanzato, i principali driver del cambiamento.

Nondimeno, come si evince anche dal grafico sottostante, persistono ancora gli accessi per codice bianco, nonostante le persistenti azioni compiute dall'Azienda.



Il peso medio aziendale indica l'appropriatezza delle patologie trattate, in particolare un peso medio in crescita indicando un utilizzo più appropriato dell'assistenza ospedaliera ed una casistica sicuramente di maggior livello di complessità.

#### Peso medio Aziendale, medico e chirurgico

	2014	2015	2016	Benchmark
<b>Peso medio aziendale</b>	0,95	0,98	1,01	> 1
<b>Peso medio DRG medici</b>	1,05	1,05	1,08	> 1
<b>Peso medio DRG Chirurgici</b>	0,95	0,96	1,02	> 1,1

Fonte dati: ACeSIS

Elemento qualificante una struttura ospedaliera è sicuramente l'attività chirurgica effettuata.

ATTIVITA' CHIRURGICA	2014	2015	2016
Interventi in ricovero ordinario	3.242	3.333	2.691
Interventi in day surgery	1.392	1.240	1.366
Prestazioni ambulatoriali	124.662	121.471	132.109

Fonte dati ACeSIS

## Tasso di intervento chirurgico

2014	2015	2016	Benchmark
N.D.	27,5%	31%	>35%

Fonte dati ACeSIS

Significativi sono anche i dati legati alle nascite.

NASCITE	2014	2015	2016
Numero totale parti	523	567	517
- di cui parti cesari primari	239	255	240
% parti cesarei primari	42%	34%	32%

Fonte dati ACeSIS

Il numero dei parti cesarei primari (elemento di valutazione dell'Azienda da parte della Regione Lazio e indicatore promosso dal Progetto Regionale Valutazione Esiti - P.Re.Val.E.) è stato da sempre una grave problematica aziendale. L'impegno di programmazione avviato con l'insediamento della Direzione Generale nel 2014 si è concretizzato nel 2015 con il valore dei cesarei primari del 34%, il più basso degli ultimi 8 anni che pur non rappresentando un valore di eccellenza, evidenzia un importante trend di miglioramento. A seguito dell'insediamento del nuovo direttore della UOC di Ostetricia e Ginecologia, a novembre 2016 tale valore è sceso al 25% e a dicembre al 20%.

## Progetto Regionale Valutazione Esiti (P.Re.Val.E.)



***P.Re.Val.E***

Per rilevare la qualità ed esito delle cure, l'Azienda ha adottato come strumento di lavoro gli indicatori definiti dalla metodologia del P.Re.Val.E. quale confronto con le altre realtà e metodo di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei percorsi organizzativi e dei processi formativi aziendali posti in essere.

I risultati ottenuti per area sono di seguito riportati:

### ⇒ Area Cardiovascolare

Volumi di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto (IMA).

2014	2015	2016
212	310	300

Tale valore conferma la crescente capacità di presa in carico dei residenti da parte della struttura ospedaliera di Rieti ed il buon funzionamento della rete cardiologica.

Il tasso di mortalità a 30 giorni

2014	2015	2016
5,5%	6,9%	4,9%

Valore ben al di sotto della media regionale dell'8% e con trend in continuo miglioramento

Il numero dei pazienti che ha effettuato una procedura di emodinamica (gold standard per il trattamento dell'IMA)

2014	2015	2016
140 casi	262 casi	260 casi

Il tutto si è sviluppato in un contesto di maggiore appropriatezza visto che i pazienti trattati che non avevano un IMA sono scesi dal 50% nel 2014 al 35% nel 2016, in linea con il dato indicato dalle linee guida nazionali e regionali che è inferiore al 35%.

I pazienti con IMA STEMI (la forma più grave di infarto) trattati nella nostra Azienda

2014	2015	2016
85 casi	120 casi	115 casi

Al fine di migliorare la capacità di trattare tale infarto entro 90 minuti (periodo in cui si hanno i migliori risultati) si è sviluppato il Progetto TELEMED che consente l'immediato accesso in sala di Emodinamica compensando così anche gli eventuali alti tempi di percorrenza necessari per raggiungere l'Ospedale di Rieti dalle aree più distanti.

### ⇒ Procedure chirurgiche

Pazienti trattati per colecistectomia laparoscopica

2014	2015	2016	Benchmark
170 casi	190 casi	110 casi	> 90

L'expertise acquisita ha consentito di poter trattare in sicurezza e dimettere entro 1 giorno l'80% dei pazienti (valore di assoluto riferimento a livello regionale).

Inoltre, di rilevanza assoluta è la percentuale di pazienti trattati senza complicanze: nel 2016 è scesa ad un eccellente 3%, sinonimo di maggior appropriatezza nel trattamento. Anche la percentuale di re intervento a 30 giorni si attesta al 3%, allineato alla media regionale.

### ⇒ Area Oncologica

In area oncologica si è registrata un' importante crescita del numero degli interventi per tumore della mammella.

2014	2015	2016
60 casi	125 casi	153 casi

Grazie allo sviluppo di nuove procedure che hanno incluso l'utilizzo dell'esame istologico in estemporanea, il tasso di re-intervento a 120 giorni è stato letteralmente dimezzato, dal 15% del 2014 al 5% nel 2015, e nel 2016 è sceso sotto il 4%, ben al di sotto della media regionale del 9%. Inoltre, la percentuale di pazienti che ha subito un processo di ricostruzione contestuale, ha raggiunto il 50% nel 2016 (nel 2014 era del 3,3%) allineandosi alla media regionale.

### ⇒ Area Cerebrovascolare

Nel 2016, a partire da febbraio, è stata attivata l'UTN presso il l'Ospedale di Rieti che ha trattato oltre 160 casi di Ictus di cui 14 trombolisi (gold standard del trattamento per ictus ischemico e che consente una minore mortalità e morbilità rispetto ai trattamenti convenzionali).

### ⇒ Apparato Muscoloscheletrico

Il volume dei pazienti con frattura di femore

2014	2015	2016
270 casi	300 casi	310 casi

I pazienti trattati con frattura di femore entro 2 giorni sono più che raddoppiati ponendoci ben al di sopra della media regionale del 50%.

2014	2015	2016
27,5%	73%	68%

Tale risultato è stato frutto di un forte impegno aziendale che ha portato allo sviluppo di percorsi organizzativi coordinati con ottimizzazione di tutti i processi di presa in carico.

## ⇒ Apparato Respiratorio

Il tasso di mortalità per BPCO è costantemente posizionato intorno al 7%, ben al di sotto della media regionale che è del 10% circa.

## ⇒ Apparato Urogenitale e malattie infettive

Il tasso di mortalità per insufficienza renale cronica è stabile, circa il 15% ed in linea con la media regionale. Il numero di ricoveri per AIDS è invece fortunatamente sceso molto nel 2015 e nel 2016 con 1 solo caso ricoverato.

## La mobilità

La mobilità attiva rappresenta l'indice di attrazione di una struttura ed è espressione della numerosità dei pazienti provenienti da fuori ASL o da fuori Regione che usufruiscono dei nostri servizi. Un alto indice di attrazione è sinonimo di buona reputazione delle strutture. Di contro, la mobilità passiva rappresenta l'indice di fuga ed indica quanti cittadini residenti nella provincia di Rieti si sono recati in strutture ospedaliere di altre province o di altre Regioni.



Il saldo di mobilità della ASL di Rieti (differenza tra mobilità passiva e mobilità attiva) è stato nel 2013 di circa **12.700 ricoveri in uscita** dal proprio territorio.

Tale dato è la risultante di circa 15.000 ricoveri in mobilità passiva e di circa 2.300 ricoveri in mobilità attiva intra ed extra regionale.

La **mobilità passiva, nel 2013, rappresentava circa il 48%** del totale dei ricoveri dei cittadini residenti nella provincia di Rieti. Questa era dovuta ad un basso numero di posti letto per 1.000 abitanti (2,4/1.000 rispetto allo standard nazionale definito dalla *Spending Review* di 3,5/1.000) e all'alta capacità di attrazione dei poli di eccellenza/universitari situati a Roma.

% MOBILITA' ATTIVA SU TOTALE RICOVERI	2014	2015	2016
Intraregionale	9,9%	11,1%	11,2%
Extraregionale	2,2%	2,0%	2,1%

MOBILITA' PASSIVA	2012	2013	2014*
Intraregionale	60,9%	58,3%	ND
Extraregionale	39,1%	41,7%	ND

Si sottolinea che il dato consuntivo del 2014 per la mobilità extraregionale non è disponibile.



## **1.9.2 – Funzione Territoriale**

Come già anticipato le attività territoriali sono state oggetto di una complessiva riorganizzazione.

In particolare, sono stati creati i presupposti organizzativi e funzionali indispensabili ad un' effettiva presa in carico dei pazienti da parte delle Cure Primarie, con particolare riferimento al paziente fragile e al paziente cronico.

Gli interventi di maggiore significatività sono rappresentati da un lato dall' introduzione dei PDTA per le patologie di grande impatto sociale e la riconversione della struttura di Magliano Sabina in Casa della Salute.

### **La Casa della Salute di Magliano Sabina**

Attivata nel dicembre 2014 la Casa della Salute di Magliano Sabina quale contesto ideale per sperimentare un approccio proattivo alle necessità di cura del paziente, basato cioè sul paradigma della Medicina di Iniziativa.

La Casa della Salute, nel disegno progettuale di questa Direzione, non si esaurisce all'interno delle mura fisiche, ma si estende in uno spazio geografico che coincide con l'ambito distrettuale di riferimento e comprende gli ambulatori dei MMG e PLS.



Gli obiettivi della Casa della Salute sono:

- migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari, la continuità delle cure e la qualità e sicurezza dell'assistenza;
- sviluppare sinergie e supportare una forte integrazione verticale (tra assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza di alta specializzazione) e orizzontale (nell'ambito delle discipline coinvolte nei PDTA);
- rafforzare il collegamento della rete dell'emergenza-urgenza;
- sviluppare progetti di promozione della salute basati sulla stratificazione del rischio della popolazione.

La Casa della Salute di Magliano Sabina è anche in grado di offrire un'ampia e qualificata offerta:

- Specialistica Ambulatoriale
- Centro di Assistenza Dialitica,
- Unità di Degenza Infermieristica,
- Punto di Primo Intervento,
- Consultorio Familiare e Pediatrico,
- Servizio di Salute Mentale e di Neuropsichiatria Infantile,

offre inoltre la possibilità di sottoporsi a Screening Oncologici (mammografia e Pap test con ricerca HPV).

### I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

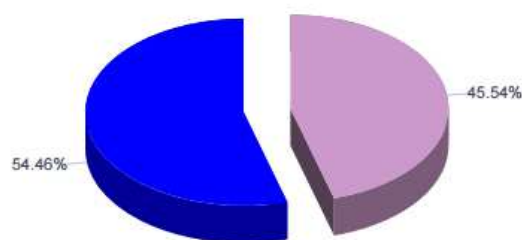
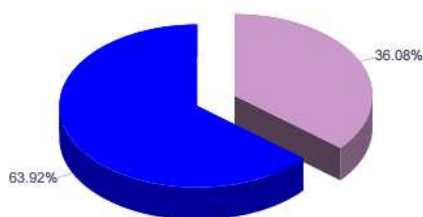
Per rendere efficace la presa in carico sono stati attivati i Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le principali patologie a grande rilevanza epidemiologica: BPCO, diabete e scompenso cardiaco.

Tali PDTA disegnano l'iter clinico-assistenziale per target di pazienti e definiscono, con i professionisti coinvolti e sulla base delle linee guida, la migliore gestione di uno specifico problema di salute, consentendo nella nostra realtà un approccio fortemente "gestito" per i pazienti affetti da diabete mellito, broncopatia cronico ostruttiva e scompenso.

Elemento ulteriormente qualificante è stata l'informatizzazione, promossa e realizzata dalla scrivente Direzione, della Casa della Salute con la creazione di un applicativo per l'arruolamento dei pazienti nei PDTA da parte dei MMG e per la successiva gestione del paziente cronico arruolato (primi nel Lazio).

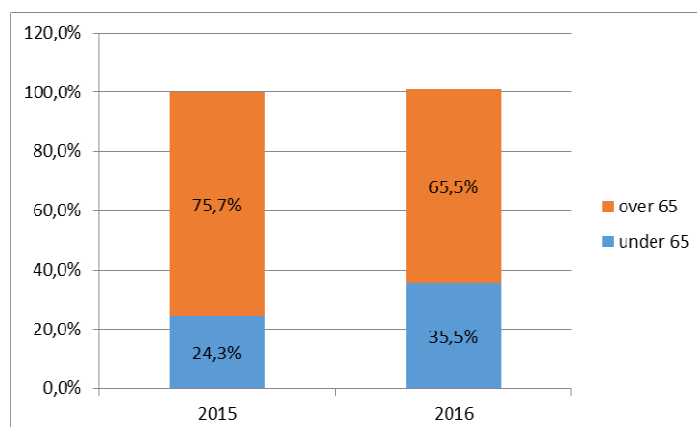
Nuovi pazienti arruolati	2015	2016
Diabete	303	159
BPCO	22	48

#### Arruolati nel PDTA Diabete

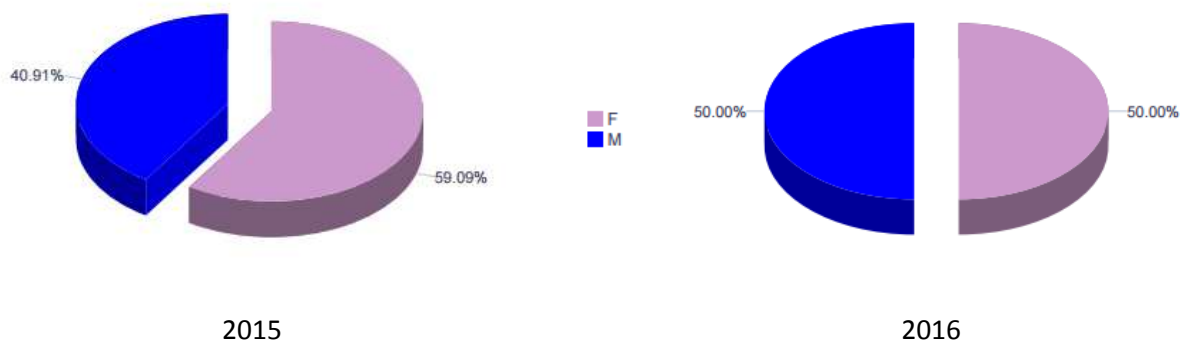


2016

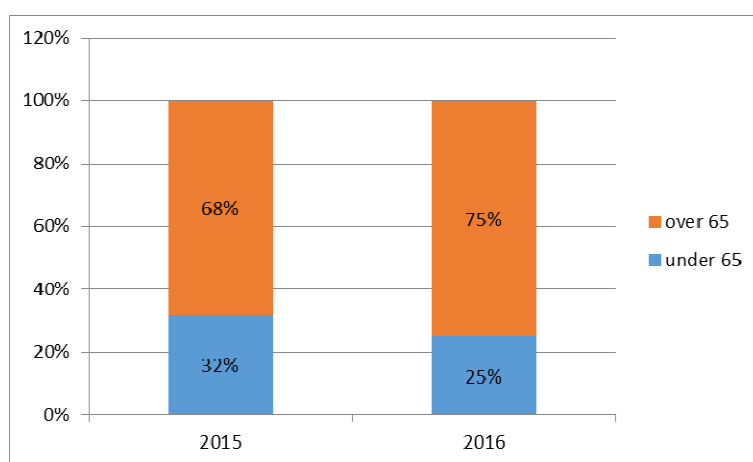
Arruolati	2015	2016
Under 65	65	56
Over 65	203	102



## Arruolati nel PDTA BPCO



Arruolati	2015	2016
Under 65	7	12
Over 65	15	36



## Assistenza in ADI

Buoni i risultati dal punto di vista territoriale dove la percentuale di ultrasessantacinquenni assistiti in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) si attesta al 4,3/1.000, dato ben oltre la soglia regionale e nazionale di riferimento.

ATTIVITA' DI ASSISTENZA TERRITORIALE	2014	2015	2016
Numero totale di assistiti in ADI	2.727	1.910	1.105
Percentuale ultra 65nni trattati in ADI	N.D.	5,2/1.000	4,3/1.000

## Progetto TANDEM

L'Azienda ha implementato il Progetto TANDEM, sperimentale, che prevede la dimissione protetta del paziente in RSA accreditate prima del possibile rientro a domicilio.

Il Progetto, ad alto contenuto di innovazione organizzativa, favorisce il rientro a domicilio di pazienti anziani, stabili da un punto di vista clinico, dopo un ricovero in ospedale, “proteggendone” la dimissione allo scopo di prevenire una successiva ospedalizzazione o una istituzionalizzazione definitiva.

Il Progetto, dedicato esclusivamente ai residenti della provincia di Rieti, consiste nell'attivazione di un periodo di residenzialità temporanea in RSA, per un massimo di 30 giorni, senza oneri economici a carico del paziente, nella prospettiva di assicurare la continuità assistenziale quando il contesto familiare presente non è in grado di farsi immediatamente carico dei bisogni del paziente.

## Integrazione socio sanitaria

La ASL di Rieti è passata da una scarsissima integrazione socio-sanitaria, per lo più attiva in singoli progetti del DSM, ad un lavoro strutturato che, a partire dai rapporti instaurati con i Comuni per l'attivazione del PUA della Casa della Salute di Magliano S. (Distretto n. 2), è proseguita con diversi progetti.

In particolare:

### a. Progetto Immigrati.

Il 19 febbraio 2016 è stato stipulato un Protocollo d'Intesa tra la ASL e i Legali rappresentanti di sette Associazioni /Organizzazioni per la definizione di un accordo finalizzato a garantire adeguata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari aziendali, per una risposta al bisogno di salute degli immigrati in condizione giuridica irregolare, presenti nel territorio dell'ex Distretto n. 1 Montepiano Reatino. Fine del protocollo è garantire e tutelare la salute quale diritto del singolo individuo e interesse primario della collettività, ripensando l'organizzazione dei servizi sanitari offerti in un'ottica di mediazione di sistema, facilitandone l'accesso e garantendo la tempestiva presa in carico dei casi sospetti /accertati per malattie infettive diffuse.

### b. Progetto “Accoglienza temporanea in favore dei cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale”.

Il 3 marzo 2016 è stato stipulato il Protocollo d'Intesa tra l'Azienda e la Prefettura di Rieti per "l'Accoglienza Temporanea in Favore di Cittadini Stranieri richiedenti protezione internazionale". Scopo dell'Accordo è tutelare la salute del singolo e della collettività rimuovendo gli ostacoli di natura



amministrativa che possono costituire fattori di rischio. Tale accordo stabilisce modalità e criteri per il rimborso da parte della Prefettura dei costi sostenuti dalla ASL per le prestazioni sanitarie rese nel contesto del percorso assistenziale effettuato per prevenire, diagnosticare e curare eventuali patologie infettive.

**c. Progetto PUA (Distretto n. 1).**

Il 30 maggio 2016 è stato stipulato il Protocollo d'Intesa per la Gestione Integrata del PUA tra i Presidenti dei Distretti Sociali Ri 1, Ri 4 e Ri 5 (coincidenti con i comuni degli ex Distretti Sanitari) e il Direttore f.f. del Distretto Rieti, Antrodoco, S.Elpidio della ASL Rieti, per definire un percorso condiviso in tema di integrazione sociosanitaria attraverso l'attivazione del Punto Unico di Accesso, struttura nodale dell'integrazione sociosanitaria e luogo di presa in carico multidisciplinare del bisogno di salute degli utenti, con l'ausilio di strumenti, metodologie e modelli di gestione comuni e condivisi per la gestione della cronicità.

**d. Progetto “Gestione delle criticità sanitarie in ambiente scolastico”.**

Il 30 marzo 2016 è stato stipulato un Protocollo d'Intesa tra la ASL, l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio - Ambito Territoriale di Rieti - e Comune di Rieti - Assessorato alle Politiche Socio-Sanitarie, per la "Gestione delle Criticità Sanitarie in Ambiente Scolastico". Scopo dell'accordo è quello di definire un percorso condiviso di informazione, formazione e buone prassi su tematiche sanitarie di volta in volta individuate in accordo tra le parti, a cura del personale medico aziendale per tutto il personale docente e non docente delle scuole di ogni ordine e grado nell'ambito territoriale di Rieti.

**e. Progetti per richiesta finanziamenti.**

"Accorciamo le distanze" in collaborazione con ARES 118 e ASL Latina, e Progetto “Area Interna Lazio 2 - Monti Reatini”.



## Attività ambulatoriale e tempi d'attesa

Il tema delle liste di attesa è, per le ovvie implicazioni in termini sia di qualità dell'assistenza che di rapporti con i cittadini, al centro dell'attenzione. I tempi d'attesa rappresentano un indicatore di equità del sistema sanitario e una delle principali cause delle tensioni nei rapporti con i cittadini e con le parti sociali. Le liste d'attesa individuano un problema comune a tutti i servizi sanitari universalistici e solidali riconducibile ad uno squilibrio tra offerta e domanda.

Nel tempo sono state messe in campo azioni specifiche, ma gli interventi sono stati poco incisivi e non hanno comportato miglioramenti significativi soprattutto perché non sono state impostate strategie di sistema che potessero aggredire il fenomeno su più fronti.

L'elevata dispersione territoriale dell'utenza così come la scarsa presenza di strutture accreditate nel territorio provinciale, generano nella ASL di Rieti un contesto erogativo più complesso rispetto alle altre aree regionali, con evidenti conseguenze anche sull'efficienza operativa dei servizi.

In questo quadro esistono grosse difficoltà nell'erogazione delle prestazioni specialistiche, soprattutto per quelle che hanno un'unica sede di erogazione, come la RMN.

Ad ogni buon conto l'attuale Direzione ha elaborato un Piano Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa che individua 4 canali di azione:

- la governance interaziendale del sistema;
- la trasparenza e la semplificazione dell'accesso;
- l'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- l'incremento dell'offerta.

Tale piano ha traghettato l'Azienda verso ottimi risultati, basti pensare che è stato registrato un abbattimento dei tempi d'attesa con garanzia del rispetto delle tempistiche in almeno una sede di erogazione aziendale per le seguenti prestazioni critiche:

- mammografia (da prestazione critica nel 2014, effettuata oggi in 1/2 giorni presso l'Ospedale di Rieti e l'ambulatorio di P. Mirteto);
- ecocolordoppler (da prestazione critica nel 2014, effettuata oggi in ca 30 giorni presso la sede di Magliano S.);
- elettromiografia (da prestazione critica nel 2014, oggi eseguita in ca 30 giorni presso l'Ospedale di Rieti).

A conclusione del 2016 permangono ancora alcune criticità, fra cui la risonanza magnetica, che l'Azienda sta affrontando anche grazie alla **prioritarizzazione delle agende** ed alla diffusione dei **manuali RAO**, per garantire una tempistica di accesso congrua a tutti i residenti del proprio territorio.

### 1.9.3 - Interventi di prevenzione

Le indicazioni della comunità scientifica internazionale affermano che l'attivazione di programmi di prevenzione con screening organizzati, mirati a fasce di popolazione a rischio, sono il metodo più efficace per prevenire o diagnosticare precocemente le malattie e quindi poter intervenire con le cure necessarie.

Nella Regione Lazio sono stati attivati tre programmi di prevenzione di screening: colon-retto, mammella e cervice uterina. Tali screening coniugano equità (la prevenzione è indistintamente offerta a tutti), qualità (presenza di programmi certi e controllati da accreditamento e da verifica in tutte le fasi) e gratuità (l'onere è a totale carico dello Stato e della Regione, con esenzione del ticket). Per quanto riguarda l'area degli Screening Oncologici, interrotti sin dal 2013 dalla precedente Amministrazione, sono stati riorganizzati ed attivati pienamente nel 2015.

Tasso di Copertura Screening	2014	2015	2016
Mammografico		24,3%	39%
Cervice Uterina	Riorganizzata attività	8,3%	75,7%
Colon-Retto		4,7%	8,7%

Fonte dati Regione Lazio

#### *Screening Mammografico*

Adesione	2014	10/2015	2016
<b>Inviti effettuati</b>	357	4.630	9.077
<b>Presentati</b>	224	2.602	4.120
<b>Percentuale di adesione</b>	62,7%	56,1%	45,3%

Fonte dati Segreteria Screening ASL Rieti

#### *Screening Collo dell'Utero*

Adesione	2014	10/2015	2016
<b>Inviti effettuati</b>		2.228	19.226
<b>Presentati</b>	Non attivo	1.174	7.048
<b>Percentuale di adesione</b>		52,6%	36,6%

Fonte dati Segreteria Screening ASL Rieti

#### *Screening Colon Retto*

Adesione	2014	03/2015	2016
<b>Inviti effettuati</b>		4.196	15.786
<b>Presentati</b>	Non attivo	1.104	2.604
<b>Percentuale di adesione</b>		26,3%	16,4%

Fonte dati Segreteria Screening ASL Rieti

Ad oggi sono a regime con tassi di copertura ed adesione ottimi per lo screening del tumore della cervice uterina che prevede oltre all'esecuzione del PAP test anche la ricerca dell'HPV, e buoni per la mammografia grazie all'acquisizione di nuovi mammografi digitali distribuiti nella provincia. Sono invece da migliorare i tassi di adesione e copertura dello screening del tumore del colon retto.

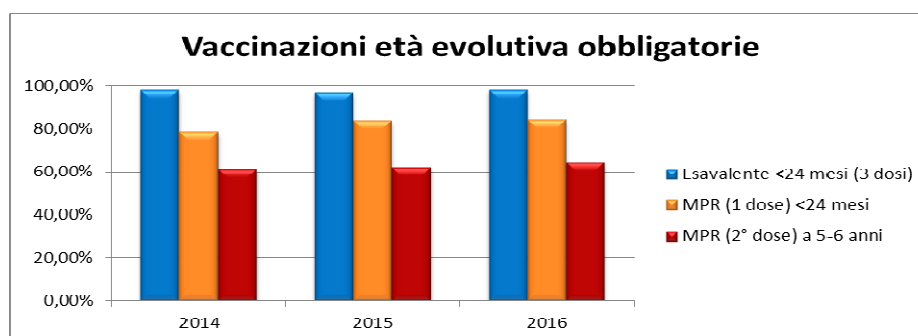
Nell'ambito della prevenzione sulle patologie dell'età evolutiva, particolare rilevanza viene posta alle vaccinazioni su minori ed adolescenti.

Vaccinazioni età evolutiva	2014	2015	2016
Esavalente <24 mesi (3 dosi)	98.1%	97.0%	98.2%
Anti-pneumococco 13 <24 mesi (3 dosi)	92.9%	93.7%	92.3%
MPR (1 dose) <24 mesi	78.5%	83.9%	84.3%
Anti-meningococco C (1 dose) <24 mesi	24.4 %	38.7%	53.2%
Tetraivalente (4a dose) a 5-6 anni	90.2%	83.4%	87.3%
MPR (2° dose) a 5-6 anni	61.4%	62.0%	64.5%
Anti-HPV (2 o 3 dosi) a 12 anni	68.2%	71.3%	63.2%

Il trend in crescente miglioramento è il risultato di una profonda riorganizzazione aziendale, legata all'istituzione di un Coordinamento Centralizzato delle attività di tutti i centri vaccinali pediatrici presenti sul territorio che ha permesso l'istituzione di momenti periodici di incontro e sensibilizzazione con i genitori e i Pediatri di Libera Scelta.

Tutte le azioni messe in campo hanno consentito il mantenimento al di sopra del 95% delle coperture a 24 mesi per esavalente e tra 90 e 95% per il vaccino antipneumococcico, in linea con i LEA nazionali.

Per la vaccinazione Morbillo-Parotite-Rosolia la copertura a 24 mesi si assesta a 84.3% in linea con i recenti dati nazionali e regionali. Forte incremento ha subito la vaccinazione contro il Meningococco-C che passa dal 24.2% del 2014 al 53.2% del 2016.



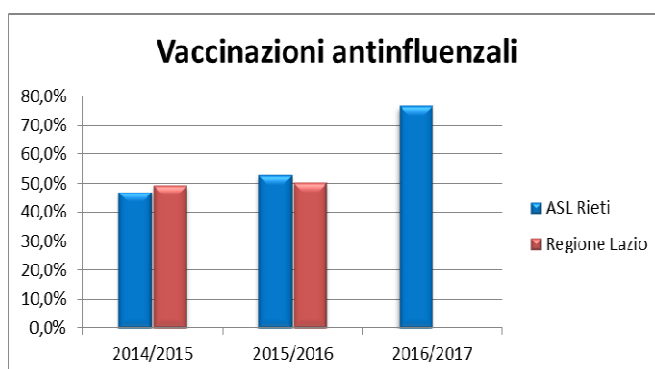


Sempre in tema di vaccinazioni altro elemento caratterizzante il buon andamento di un'azienda sanitaria è quello legato alle vaccinazioni antinfluenzali degli ultrasessantacinquenni.

Anno Riferimento	Tasso Copertura ASL Rieti >65 anni	Tasso Copertura Media Regionale >65 anni
2014/2015	47.0 %	49.5 %
2015/2016	53.0 %	50.3 %
2016/2017	76.58%	N.D.

\* Fonte dati UOC Igiene e Sanità Pubblica

Nell'ambito del miglioramento dei Servizi e delle coperture vaccinali, in riferimento alla Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale, si può osservare che la ASL di Rieti, malgrado le note criticità relative alla sospensione cautelativa del vaccino adiuvato Fluad, che venne consegnato solo alla ASL RIETI e ASL



RMA, è tuttavia riuscita a mantenere comunque alte le coperture negli ultra 65enni rispetto alla media Regionale. Basti pensare che nello stesso anno in cui fu consegnato il vaccino Fluad, la ASL di Rieti riportava una copertura del 47% a fronte della Roma A che riportava un tasso di copertura del solo 37,7%.

Nonostante tale evento l'Azienda è riuscita a recuperare nell'anno successivo (campagna vaccinale 2015/2016), attestandosi a valori più alti di quelli della media Regionale (terza ASL del Lazio).

#### 1.9.4 - Le risorse professionali

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico e il fattore critico di successo di tutte le organizzazioni produttive, in particolare delle organizzazioni sanitarie, dove le conoscenze e le competenze professionali degli operatori sono direttamente connesse alla qualità delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza. Lo sviluppo delle risorse umane rappresenta in ambito sanitario uno dei fattori determinanti in quanto, trattandosi di servizi diretti alle persone, il rapporto utente-operatore è significativamente caratterizzato dal grado di personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi ne è fortemente influenzato.



Di seguito alcuni indicatori che rappresentano la consistenza del personale aziendale, decisamente ridotto negli ultimi anni, ma anche indici di benessere organizzativo.

#### Distribuzione per figure

Il quadro delle risorse umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato e collaboratori, alla data del 31 dicembre 2016, è pari a **1.486** unità distinto come segue:

DIRIGENTI	T.I.	T.D.	ALTRO
<b>Ruolo sanitario</b>			
Dirigenti Medici	233	54	12
Dirigenti Veterinari	14	1	
<b>Ruolo sanitario non medico</b>			
<b>Dirigenti Professioni Sanitarie</b>			
Dirigenti Fisici	1	1	
Dirigenti Farmacista	5		
<b>Dirigenti Biologi</b>			
Dirigenti Psicologi	19	3	5
<b>Ruolo professionale</b>			
Dirigenti Ingegneri	2		
<b>Ruolo tecnico</b>			
Dirigenti Sociologi	2		1
<b>Ruolo amministrativo</b>			
Dirigenti Amministrativi	7		
<b>TOTALE</b>	<b>283</b>	<b>59</b>	<b>18</b>

Fonte dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

COMPARTO	T.I.	T.D.	ALTRO
<b>Ruolo amministrativo</b>	136	1	
<b>Ruolo tecnico</b>	170	3	2
<b>Ruolo sanitario</b>	755	79	11
<b>TOTALE</b>	<b>1061</b>	<b>83</b>	<b>13</b>

Fonte dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

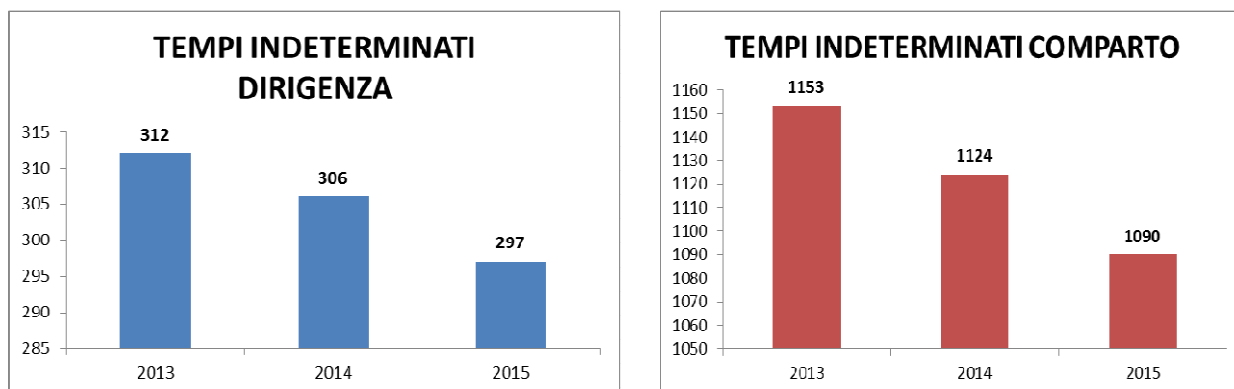
Nelle tabelle che seguono, sono evidenziati indicatori sull'analisi dei caratteri quali-quantitativi relativi al personale, sul benessere organizzativo ed analisi di genere. Gli indicatori si riferiscono ad elaborazioni del personale in servizio al 31 dicembre 2016.

### PRINCIPALI INDICATORI QUALI-QUANTITATIVI

<i>Indicatori</i>	2014	2015	2016
<b>N. Totale Personale</b>	<b>1.569</b>	<b>1.504</b>	<b>1.486</b>
- di cui n. totale Personale Dirigenza	364	357	342
- di cui n. totale Personale Comparto	1.165	1.147	1146
- di cui n. totale Personale Dirigenza Donne	162	167	161
- di cui n. totale Personale Dirigenza Uomini	202	190	181
- di cui n. totale Personale Comparto Donne	890	878	876
- di cui n. totale Personale Comparto Uomini	275	269	268

Fonte dei dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

### Trend delle risorse professionali



Fonte dei dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

## ANALISI CARATTERI QUALI-QUANTITATIVI

<i>Indicatori</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
Età media del personale (anni)	49,03	49,06	49,5
Età media dei dirigenti (anni)	49,60	49,61	49,54
% di dipendenti in possesso di laurea	58%	58,5%	61%
% di dirigenti in possesso di laurea	100%	100%	100%
Tasso di compensazione del Turnover del personale	0%	0%	0%
Costo per la formazione del personale	€ 211.503	€ 243.634	€ 284.000

Fonte dei dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

## ANALISI BENESSERE ORGANIZZATIVO

<i>Indicatori</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
Tasso di assenze <sup>i</sup>	22,9%	22,89%	24,5 %
Tasso di dimissioni premature	2%	2%	2,2%
Tasso di richieste di trasferimento	1%	1%	1,2%
Tasso di infortuni <sup>ii</sup>	0,43%	0,44%	0,6 %
Stipendio medio lordo mensile percepito dai dipendenti	2.920	2.888	2.830
% di personale assunto a tempo indeterminato	0%	0,004%	0,01%

Fonte dei dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

<sup>i</sup> **tasso di assenze**: rapporto considerando il numero dei dipendenti x le giornate lavorative di un anno / numero delle giornate di assenza pari.

<sup>ii</sup> **Tasso infortuni**: rapporto numero dei dipendenti x giornate lavorative di un anno / numero delle giornate di infortunio.

## ANALISI DI GENERE

<i>Indicatori</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
% di dirigenti donne	45%	48,63%	48,63%
% di donne rispetto al totale del personale	69%	69,95%	69,92%
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale dirigente)	4.834	4.950	4.850
Stipendio medio lordo percepito dal personale donna (personale comparto)	2.150	2.134	2.070
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	69,30%	72,52%	72,50%
Età media del personale femminile (personale dirigente) in anni	50	50	50
Età media del personale femminile (personale comparto) in anni	48	49	49
% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	53%	54%	54%

Fonte dei dati: UOC Amministrazione del personale dipendente, a convenzione e collaborazioni

### 1.9.5 – La performance economica

La gestione e i risultati della ASL di Rieti sono strettamente connessi al contesto economico e sociale della Regione di appartenenza.

Nonostante un trend di crescita dei costi del Servizio Sanitario a livello nazionale, la ASL di Rieti negli esercizi 2012-2016, ha realizzato, in controtendenza, una **riduzione della spesa corrente**. Questo andamento ha consentito il conseguimento del **pareggio di bilancio** a partire **dall'esercizio 2014**, anno di insediamento dell'attuale Direzione Generale.

Questo importante risultato è stato conseguito agendo su tre principali direttrici di intervento su cui la Direzione Generale è stata ed è tuttora fortemente impegnata:

- 1) il rafforzamento di tutti gli strumenti di *governance* dell'Azienda,
- 2) un generale ripensamento del ruolo e dell'assetto organizzativo delle funzioni amministrative e di molte procedure aziendali;
- 3) una rimodulazione sistematica dell'assetto dei servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali.

## SINTESI del CONTO ECONOMICO della ASL RIETI

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Valore della Produzione</b>	<b>€ 321.373</b>	<b>€ 331.108</b>	<b>€ 330.689</b>	<b>€ 319.553</b>	<b>€ 327.456</b>
<i>di cui Finanziamenti Regionali</i>	<i>€ 296.580</i>	<i>€ 306.371</i>	<i>€ 307.263</i>	<i>€ 295.606</i>	<i>€ 305.251</i>
<b>Costi della Produzione</b>	<b>-€ 328.126</b>	<b>-€ 325.928</b>	<b>-€ 330.689</b>	<b>-€ 319.553</b>	<b>-€ 327.456</b>
<b>di cui Costi Sanitari</b>	<b>- € 263.213</b>	<b>- € 264.122</b>	<b>- € 258.492</b>	<b>- € 261.428</b>	<b>- € 258.627</b>
<i>di cui Beni sanitari</i>	<i>-€ 34.080</i>	<i>-€ 33.790</i>	<i>-€ 34.594</i>	<i>-€ 35.296</i>	<i>-€ 36.677</i>
<i>di cui Servizi sanitari</i>	<i>-€ 150.331</i>	<i>-€ 156.803</i>	<i>-€ 152.262</i>	<i>-€ 157.675</i>	<i>-€ 154.615</i>
<i>di cui Costo del personale sanitario</i>	<i>-€ 78.802</i>	<i>-€ 73.529</i>	<i>-€ 71.636</i>	<i>-€ 68.457</i>	<i>-€ 67.335</i>
<b>di cui Costi non sanitari</b>	<b>- € 73.519</b>	<b>- € 71.377</b>	<b>- € 72.197</b>	<b>- € 58.124</b>	<b>- € 68.829</b>
<i>di cui Beni e servizi non sanitari</i>	<i>-€ 43.659</i>	<i>-€ 45.996</i>	<i>-€ 47.658</i>	<i>-€ 43.170</i>	<i>-€ 43.339</i>
<i>di cui Costo del personale non sanitario</i>	<i>-€ 15.903</i>	<i>-€ 12.973</i>	<i>-€ 12.493</i>	<i>-€ 12.285</i>	<i>-€ 11.824</i>
<b>di cui Proventi ed oneri finanziari, straordinari e fiscali</b>	<b>-€ 8.165</b>	<b>-€ 9.572</b>	<b>-€ 5.359</b>	<b>€ 3.180</b>	<b>-€ 7.663</b>
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>-€ 14.918</b>	<b>-€ 4.391</b>	<b>€ 0</b>	<b>€ 0</b>	<b>€ 0</b>

Fonte dei dati: UOC Economico-Finanziaria. Anni 2012-2015 bilanci di esercizio approvati dalla Regione Lazio - Anno 2016 dati di CE Preconsuntivo. Valori in milioni di €

Da una lettura più analitica dei dati di Bilancio è possibile evidenziare alcuni elementi di particolare rilevanza: un costo pro-capite della spesa farmaceutica che si attestava su un valore significativamente superiore alla media regionale; ritardi ed approssimazioni nei costi del personale, soprattutto con riferimento ad un inizialmente incomprensibile sovradimensionamento degli accantonamenti in Bilancio, con conseguente sovrastima dei costi di esercizio per tale voce nei conti economici degli anni antecedenti il 2014.

Ad aggravare la situazione ereditata vi era:

- la presenza di circa 200 unità di personale in somministrazione lavoro (pari a circa il 13 % di tutta la forza lavoro), arruolato nel corso degli anni su posti vacanti e nevralgici per l'Azienda (sale operatorie, rianimazione, pronto soccorso, degenze);
- un contenzioso con INPS e INAIL (che invocavano il vincolo di solidarietà) per il mancato versamento dei contributi del personale in somministrazione lavoro, per un



valore di circa 4 milioni di euro, ovviamente già regolarmente pagati dalla ASL attraverso la fatturazione dei servizi, ma non riversati dall’Agenzia di somministrazione lavoro all’epoca affidataria.

Per contrastare tale situazione, legata anche ad un’Azienda fortemente divisa e frammentata, dove ogni funzione, soprattutto tecnico-amministrativa, ha operato in modo autonomo, scollegato dal resto dell’organizzazione, spesso in modo autoreferenziale, la Direzione ha messo in campo in questi anni numerose azioni volte al miglioramento delle performance economiche. Fra queste i maggiori controlli sulla spesa hanno comportato:

- la rinegoziazione con i fornitori, il prevalente ricorso alle gare centralizzate e/o al mercato elettronico;
- la migliore pianificazione degli acquisti di beni sanitari avvenuta con la riorganizzazione delle aree di responsabilità delle unità operative “Politiche del Farmaco e dei Dispositivi Medici” e “Acquisizione e Logistica di Beni e Servizi”;
- la completa riorganizzazione degli acquisti di ausili protesici attraverso l’utilizzo integrale della procedura ordini informatizzata;
- il migliore utilizzo dello strumento dei “budget settoriali”;
- numerose altre leve di contenimento e razionalizzazione della spesa.



Il contenimento dei costi di produzione è l’effetto, ora più evidente, delle azioni di risanamento e di razionalizzazione delle risorse effettuate nei precedenti esercizi.

	2012	2013	2014	2015	stima 2016
<b>Costo del personale</b>	<b>-102.868</b>	<b>-94.495</b>	<b>-92.510</b>	<b>-90.800</b>	<b>-89.936</b>
<b>Personale dipendente</b>	-94.706	-86.501	-84.128	-81.369	-79.159
<b>Altro (interinali, COCOCO)</b>	-8.162	-7.994	-8.381	-9.431	-10.777

Fonte dati: UOC Economico Finanziaria. Dati in €/1.000

Sul finire del 2016 vi è stata una riduzione anche del personale in somministrazione lavoro attraverso l’assunzione a tempo determinato di 61 infermieri e la contestuale disattivazione di contratti in somministrazione lavoro.

A ciò va aggiunta la riduzione del ricorso alle prestazioni aggiuntive, da 3.325 milioni nel 2013 a circa 1.800 milioni nel 2016 (-49%). Nel corso del 2014, infatti, è stato attivato un Tavolo Tecnico per la

ricognizione e verifica delle prestazioni aggiuntive insieme ai Responsabili delle unità operative sanitarie e alle rappresentanze Sindacali. Il lavoro del Tavolo Tecnico ha reso possibile una diminuzione drastica dei costi afferenti pur garantendo l'erogazione dei servizi.

Nel 2016, il processo virtuoso implementato è stato gestito direttamente dalla Direzione Sanitaria Aziendale ed i benefici della progressiva razionalizzazione del fabbisogno sono proseguiti nel 2016 con una riduzione prevista di -17% .

	2013	2014	2015	stima 2016
<b>Prestazioni aggiuntive</b>	<b>3.325</b>	<b>2.529</b>	<b>2.103</b>	<b>1.737</b>
<i>Trend %</i>		-24%	-17%	-17%

Fonte dati: UOC Economico Finanziaria. Dati in €/1.000

Tutto l'insieme delle azioni di razionalizzazione, riqualificazione e riorganizzazione sopra descritte, hanno consentito anche un netto miglioramento nell'equilibrio economico e quindi nella sostenibilità del sistema sul territorio della provincia di Rieti.





## 2. DALLA FOTOGRAFIA DELL'AZIENDA AGLI ORIENTAMENTI STRATEGICI DI FONDO PER IL TRIENNIO 2017-2019

Le attività dell'Azienda sono svolte nel rispetto di seguenti principi:

- centralità del paziente-utente;
- continuità dei percorsi di cura, intesi come quell'insieme di processi clinico-assistenziali che permettono la presa in carico globale dell'utente in tutte le fasi del percorso di cura e il miglioramento dell'accessibilità ai servizi nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le risposte più adeguate ai bisogni di salute;
- approccio professionale di tipo multidisciplinare e orientamento alla specializzazione;
- apertura alla ricerca e alle collaborazioni con altre Istituzioni nel settore dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- trasparenza, quale garanzia della circolazione delle informazioni di tutti i processi sia clinico-assistenziali che organizzativo-gestionali;
- sicurezza degli utenti e degli operatori.

Nel 2014 è stato elaborato il primo Piano Strategico Triennale (PST), sviluppato in un'ottica sia di supporto al rilancio delle attività sanitarie nella provincia di Rieti, che di sostenibilità e recupero di fiducia da parte dell'utenza.

L'approccio adottato si propone di coniugare due esigenze fondamentali:

- da un lato creare un ponte tra passato, presente e futuro;
- dall'altro cogliere le nuove sfide determinate dal mutare delle condizioni di contesto, dall'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, dalla necessità di garantire la sostenibilità del sistema.

Il Piano Strategico Aziendale partendo dall'analisi dei *punti di forza e di debolezza* del sistema e dalle *minacce e opportunità* dell'ambiente esterno individua e sviluppa le strategie di medio e lungo periodo che consentono di adempiere alla missione dell'Azienda, entro un quadro di compatibilità economico-finanziaria che assicura il mantenimento dell'economicità della gestione e del pareggio di bilancio.

Le strategie aziendali puntano essenzialmente ad una *riorganizzazione e razionalizzazione* di tutto il *sistema dell'assistenza ospedaliera e territoriale*, nonché dell'apparato amministrativo e tecnologico che ne costituisce indispensabile supporto.

Gli effetti delle azioni finora messe in campo nel corso dell'ultimo triennio hanno portato al consolidarsi dei seguenti *punti di forza*:

- l'investimento di strumenti consolidati di Governo Clinico, utili per analizzare la frammentazione organizzativa e a favorire la reingegnerizzazione dei processi e il lavoro di gruppo;
- l'investimento su moderne tecnologie nella maggior parte delle funzioni sanitarie;
- l'abitudine consolidata all'utilizzo di indicatori per l'allineamento tra obiettivi, processi e risultati a tutti i livelli dell'organizzazione, sostenuta da un efficace sistema di raccolta delle informazioni;
- l'utilizzo dei PDTA per le patologie cronic-degenerative a seguito dell'attivazione della Casa della Salute di Magliano Sabina;
- la riorganizzazione delle aree chirurgica e medica.

Tuttavia permangono le seguenti criticità:

- un quadro programmatico regionale per molti versi incerto e certamente in costante e repentina evoluzione, nella ricerca di difficili soluzioni contingenti (e, più limitatamente, strutturali) alle esigenze di riequilibrio della forbice tra entrate e spese;
- circa il 15% della forza lavoro complessiva è attualmente rappresentata da personale con contratto "interinale", costantemente prorogato e quindi da ricondurre a forme contrattuali più appropriate;
- la carenza di alcuni "profili" professionali strategici per le prospettive di cambiamento;
- la mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione eccessivo, anche per l'elevata incidenza di ricoveri inappropriati;
- Screening nazionali disattivati nel 2013 e ancora non a pieno regime (eccezion fatta per lo screening della cervice uterina);
- una bassa attrattività e una mobilità passiva elevata, pur in presenza di lunghe liste d'attesa per ricoveri e attività ambulatoriali, conseguenza di una bassa percezione della qualità e, complessivamente, di un'immagine aziendale negativa;
- Parti cesarei molto elevati, seppure in diminuzione nell'ultimo bimestre 2016.

## La dichiarazione di *Mission* per un'Azienda in trasformazione

**Crediamo** nella centralità della persona, dei suoi bisogni e aspettative, e lavoriamo per creare condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

L'Azienda promuove:

- il rafforzamento dell'identità organizzativa e la ricerca costante di un'etica nell'agire quotidiano;
- lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori;
- la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, e la ricerca di un confronto costante e continuativo con le Istituzioni Regionali, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide da affrontare.

La nostra azione si concretizza attraverso:

- l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla:
  - presa in carico dei nostri utenti,
  - medicina di iniziativa,
  - umanizzazione,
  - multidisciplinarietà,
  - eccellenza professionale e organizzativa.

**Il Sentiero di sviluppo strategico tracciato per la ASL di Rieti declina la Mission in 4 prospettive:**

1. la Prospettiva del consumatore/utente (ovvero come recuperare la Fiducia dell'Utente),
2. la Prospettiva dei processi aziendali (ovvero come migliorare e integrare la Rete dei Servizi),
3. la Prospettiva dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane (ovvero come sviluppare una forte Identità aziendale e un Assetto di Governance efficace e come valorizzare le professionalità interne all'Azienda),
4. la Prospettiva dei risultati economico-finanziari (ovvero come garantire la Sostenibilità dei processi aziendali e contribuire all'equilibrio regionale).

*Tali 4 prospettive risultano fra loro fortemente integrate e coordinate, secondo lo schema logico a fianco, che descrive le relazioni causali che sono state individuate tra i diversi ambiti di intervento insiti nelle quattro prospettive di analisi strategica.*



Per ciascuna delle dimensioni sopra riportate si individuano quali *driver* principali di cambiamento:

- implementazione del nuovo assetto organizzativo deliberato dall'Azienda e approvato dalla Regione Lazio nell'aprile 2015;
- ulteriori interventi tesi ad un recupero di fiducia dell'utenza, a loro volta declinati in interventi tesi al miglioramento della qualità dei servizi;
- ulteriori interventi volti a realizzare la massima integrazione possibile tra ospedale e territorio, a loro volta orientati verso modelli assistenziali di presa in carico globale dell'utenza e allo sviluppo di una Rete integrata di risposte ai bisogni della popolazione;
- ulteriori interventi di integrazione sociosanitaria.

## 2.1 – Dalle 4 Prospettive di elaborazione strategica al Piano della Prestazione e dei Risultati

L'Albero delle Performance:

- è una mappa logica che rappresenta anche graficamente i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi;
- dimostra come gli obiettivi ai vari livelli proposti siano inseriti all'interno di un disegno strategico complessivo coerente al mandato istituzionale e alla missione;
- fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'amministrazione.

Nella costruzione dell'Albero delle Performance, come nella sua rappresentazione grafica, le aree strategiche sono state identificate come aree omogenee di bisogni di salute da soddisfare.

Il Piano prosegue con due sezioni distinte, la prima identifica i bisogni prioritari da soddisfare e li collega all'area di intervento, analizzando l'andamento nel triennio 2014-2016 e, mediante una valutazione critica sullo stesso, identifica l'obiettivo di performance da raggiungere per la soddisfazione del bisogno; la seconda sezione, partendo dall'obiettivo di performance individuato rispetto al bisogno, esplicita gli indicatori per il triennio 2017-2019 utili a valutare il grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso.

I bisogni prioritari e le aree di intervento sono state individuate sulla base dell'analisi (anche non quantitativa) delle criticità e dei punti di forza presenti in Azienda: il presente Piano identifica le azioni e i meccanismi di sviluppo della qualità e di integrazione finalizzati ad implementare *alcune dimensioni di valore* percepibili dagli *stakeholder*.



### 3. L'ALBERO DELLE PERFORMANCE

Nel grafico sottostante viene riportata la mappa concettuale che collega la Mission aziendale ai bisogni identificati per il triennio 2017-2019 nell'Albero delle Performance.

